



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL



MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO: concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e do profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da Atenção Básica

DEISILUCE MIRON CAVALCANTE

São Cristóvão - Sergipe
2017

DEISILUCE MIRON CAVALCANTE

MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO: concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e do profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe, para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques

São Cristóvão - Sergipe
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

C376m Cavalcante, Deisiluce Miron
Medicamentos psicotrópicos : concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e do profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da atenção básica / Deisiluce Miron Cavalcante ; orientador Rogério da Silva Paes Henriques. – São Cristóvão, 2017.
137 f.

Dissertação (mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Psicologia social. 2. Psicotrópicos. 3. Medicalização. 4. Saúde mental. 5. Medicamentos – Utilização – Saúde mental. I. Henriques, Rogério da Silva Paes, orient. II. Título.

CDU 316.6:615.214(813.7)

Dedico a Deus,

A minha família,

A Gabriel,

Aos meus companheiros de caminhada,

À Unidade de Saúde da Família Dona Sinhazinha.

RESUMO

A medicalização há muito vem se constituindo como um fenômeno social, tendo como base os princípios da racionalidade biomédica. Diante desse contexto, a presente pesquisa buscou investigar a concepção de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico, no processo terapêutico, no cenário da Atenção Básica. O estudo teve como cenário uma unidade de saúde da família (USF), da cidade de Aracaju, classificada como referência em saúde mental. O método utilizado perpassa pelos pressupostos da pesquisa qualitativa, tendo como instrumento de investigação e coleta de dados a narrativa. Contou com a colaboração de 18 interlocutores, entre eles 10 profissionais, 6 usuários e 2 familiares. A coleta de dados aconteceu a partir da inserção da pesquisadora no campo, através das produções de diários de campo e narrativa dos participantes. A análise de dados foi realizada através da leitura/releitura dessas produções, interpretação e destaque de dados relevantes à questão de pesquisa. Com isso, pôde-se conhecer um pouco da realidade observada, tendo como destaque a presença das práticas medicalizantes. Percebeu-se que a USF, atualmente, se constitui como um dispositivo que contribui para o fortalecimento do processo da medicalização. No tange às concepções sobre o medicamento psicotrópico: os usuários percebem esse uso de modo ambivalente, considerando ser bom e ruim utilizá-lo como estratégia de cuidado, bom no sentido de redimir os sintomas, e ruim pelo aparecimento dos efeitos indesejáveis; os familiares veem o medicamento como algo muito bom, pois os ajudam a lidar com os problemas apresentados por seus parentes; e por fim, os profissionais, que apesar de ressaltarem os efeitos indesejáveis provocados pelo uso, veem o medicamento como necessário na contenção e controle dos sintomas que os usuários apresentam. Desse modo, o estudo trouxe uma discussão sobre esses aspectos, concluindo sobre a importância do planejamento de ações que possam contribuir para o estabelecimento de estratégias de cuidado, para além das práticas medicalizantes, que tragam benefícios aos usuários, seus familiares e para a rede de atenção à saúde; da articulação da rede de cuidado e, em especial, buscou contribuir para a ampliação de estudos empíricos que envolvem o tema.

Palavras-chave: atenção básica, medicalização, narrativa, psicotrópicos.

ABSTRACT

The medicalization has long been constituted as a social phenomenon, based on the principles of biomedical rationality. Given this context, the present research sought to investigate the conception of users, family members and health professionals regarding the use of the psychotropic medication in the therapeutic process, in the setting of Primary Care. The study had as a scenario the family health unit (USF), in the city of Aracaju, classified as a reference in mental health. The method used runs through the presuppositions of qualitative research, having as an instrument of investigation and data collection the narrative. It counted with the collaboration of 18 interlocutors, among them 10 professionals, 6 users and 2 family members. The data collection took place from the insertion of the researcher in the field, through the productions of field diaries and narrative of the participants. Data analysis was performed by reading / re-reading these productions, interpreting and highlighting data relevant to the research question. With this, it was possible to know a little of the observed reality, having as highlight the presence of the medical practices. It was perceived that the USF currently constitutes a device that contributes to the strengthening of the medicalization process. Regarding conceptions about the psychotropic drug: users perceive this use ambivalently, considering that it is good and bad to use it as a strategy of care, good in the sense of redeeming symptoms, and bad for the appearance of undesirable effects; family members see the medicine as very good because it helps them deal with problems presented by their relatives; and finally, the professionals, who despite highlighting the undesirable effects caused by the use, see the medication as necessary in the containment and control of the symptoms that the users present. Thus, the study brought a discussion about these aspects, concluding on the importance of the planning of actions that can contribute to the establishment of strategies of care, besides the medical practices, that bring benefits to the users, their relatives and to the network of health care; Of the articulation of the care network and, in particular, sought to contribute to the expansion of empirical studies that involve the theme.

Keywords: basic attention, medicalization, narrative, psychotropics.

SUMÁRIO

Introdução	08
I. CONCEITOS	13
I.1. <i>Processo saúde-doença: breve apanhado.....</i>	13
I.2. <i>A medicalização e seus principais delineamentos.....</i>	17
I.2.1. <i>Compreensões acerca da Medicalização e Medicamentação.....</i>	25
I.2.2. <i>Medicalização: uma introdução ao estado da arte no campo da saúde mental.....</i>	28
I.3. <i>Medicamentos psicotrópicos: um uso indiscriminado.....</i>	33
I.4. <i>A Atenção Básica enquanto estratégia de saúde.....</i>	37
II. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
II.1. <i>Aspectos Metodológicos.....</i>	43
II.1.1. <i>Cenário da pesquisa.....</i>	43
II.1.2. <i>População da pesquisa.....</i>	50
II.1.3. <i>Coleta e Análise/Processamento da Matéria-Prima.....</i>	51
II.1.4. <i>Aspectos Éticos.....</i>	54
II.2. <i>Resultados da pesquisa.....</i>	55
II.2.1. <i>Concepções de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico no contexto da Atenção Básica.....</i>	55
II.2.1.1. <i>Concepção dos usuários.....</i>	55
II.2.1.2. <i>Concepção dos familiares.....</i>	61
II.2.1.3. <i>Concepção dos profissionais de saúde.....</i>	64
II.2.2. <i>A USF enquanto dispositivo de cuidado.....</i>	71
II.2.2.1. <i>Desvelamentos das salas de espera.....</i>	78
II.2.2.2. <i>A farmácia e suas histórias.....</i>	81
II.2.2.3. <i>Vícios da Instituição.....</i>	85
III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
III.1. <i>O Medicamento Psicotrópico a partir das narrativas de usuários, familiares e profissionais de saúde.....</i>	87
III.1.1. <i>O Medicamento psicotrópico sob o olhar do usuário.....</i>	88
III.1.2. <i>Medicamento psicotrópico: o ideal familiar.....</i>	92
III.1.3. <i>O que dizem os profissionais sobre os psicotrópicos.....</i>	95
III.2. <i>Unidade de Saúde da Família: lugar onde as narrativas emergiram.....</i>	99
III.2.1. <i>USF: Dificuldade de implantação nos grandes centros.....</i>	99
III.2.2. <i>A sala de espera: lugar de encontros.....</i>	106
III.2.3. <i>A farmácia básica: espaço onde os atendimentos terminavam.....</i>	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS.....	117
ANEXO.....	134
Anexo a: <i>Orientações sobre prescrição de medicamentos</i>	135

INTRODUÇÃO

A que se refere o comportamento dos homens acerca do propósito e intenção de suas vidas, o que pedem eles da vida e o que desejam nela realizar? [...] esforçam-se para obter a felicidade; querem ser felizes e assim permanecer.

Freud

No contexto das sociedades contemporâneas, os sujeitos, comumente, têm direcionado os seus objetivos na ausência de sofrimento e na busca pela felicidade, transformando esses aspectos em ideais de vida a serem alcançados. Em meio a esse cenário, o fenômeno da medicalização vem encontrando oportunidades e condições satisfatórias para se reproduzir e fortalecer.

Com isso, atualmente, observa-se, de modo cada vez mais comum, a utilização, recomendação e prescrição de medicamentos psicotrópicos como forma de tratamento direcionado àqueles sujeitos que buscam ajuda profissional médica para darem conta dos seus sofrimentos e mal-estares.

A medicalização tem sido um tema que vem sendo pesquisado por várias áreas do conhecimento, em especial, sociologia, antropologia, ciências sociais e medicina, cada uma trazendo importantes contribuições para a definição do seu conceito. Nesse sentido, de acordo com Busfield (2010), o conceito de medicalização perpassa pelos processos com os quais a medicina, como instituição social, “assume uma série de atividades que antes se encontravam fora de suas fronteiras” (p.119), através de uma medicalização do sexo, da sociedade e da vida cotidiana dos sujeitos.

Desse modo, a medicalização há muito vem se expandido e adentrando significativamente nas sociedades contemporâneas, principalmente, ocidentais, instituindo aos sujeitos modos de viver e estar no mundo, encontrando nas concepções biológicas, que regem o conceito de saúde e doença, um terreno fértil para a sua expansão.

Diante desse crescimento, considerado desenfreado, a medicalização tem se tornado alvo de debates (ainda que de forma menor que o seu crescimento), com o objetivo de desenvolver estratégias para compreender esse processo que, como classifica Tesser (2006, 2010), é um processo que pode ser percebido como um

fenômeno social, pois além de caracterizar um aumento contínuo das intervenções biomédicas, representa um movimento de múltiplas facetas, que atravessa o nosso dia a dia e repercute nos âmbitos político, histórico e sociocultural.

Nessa perspectiva, Calazans e Lustoza (2008) salientam que a medicalização é um processo que se apoia nos pressupostos científicos para objetivar algo que não perpassa pela ordem do científico que, neste caso, é caracterizado pelo sujeito. Dessa forma, reduz-se o sujeito a órgãos e funções fisiológicas, tendo na determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1974 – que considera a saúde sob o viés dos princípios epistemológicos da saúde orgânica – forte aliada nessa empreitada de expansão. Determinação essa fortemente ligada à adaptação do sujeito às normas sociais e ao controle “cada vez maior sobre o bom funcionamento psíquico do sujeito” (CALAZANS E LUSTOZA, 2008, p. 127).

De acordo com Clarke e Shim (2011), o tema medicalização tem sido foco de estudo tanto para a sociologia quanto para a antropologia médica por quase quatro décadas, por se tratar de um processo que vem legitimando a ação da jurisdição da medicina ocidental, com a expansão dos seus domínios, incluindo novas esferas da vida humana como: o alcoolismo, a toxicodependência e a obesidade.

Em consonância a essa discussão, Ciribelli (2012) destaca que é crescente o número de pessoas apreendidas pelas classificações nosológicas, sendo suas patologias colocadas no centro do cuidado médico-psiquiátrico, onde a explicação sobre o sofrimento apresentado por elas tem como fundamento a “compreensão fisicalista do transtorno mental” (p.53).

Desse modo, esse contexto é descrito pela autora como sendo mais um dos aspectos que compõe o fenômeno da medicalização, e, acrescenta, que a patologização do comportamento feito pela psiquiatria se institui como um modo desta exercer poder e controle sobre as dimensões subjetivas que constituem o sujeito.

Em meio a esses acontecimentos, Clarke e Shim (2011, p.180) dividem esse contexto histórico que envolve a medicalização em três tempos: de 1890 a 1945, a *ascensão da medicina* – prevalência da descrição exata das doenças, com o foco do olhar clínico voltado para os transtornos agudos e as doenças transmissíveis, tendo como principal modo de ação médica os procedimentos cirúrgicos. Seguida, assim, pela era da *medicalização*, que compreende os anos de 1940 a 1985, aqui, o olhar clínico está voltado para os transtornos e doenças crônicas, o cuidado médico passou a ser considerado procedimento de rotina, e os pacientes são tidos como passivos e definidos

a partir de categorias diagnósticas, há, nesse contexto, uma forte influência da bioquímica e da ciência farmacêutica, que prevalece até hoje. De 1980 até os dias atuais, os autores destacam como sendo a *era da biomedicina*, cujo foco do olhar clínico agora são os fatores de risco à saúde, tendo as drogas e as tecnologias como principais modos de ação clínica, e os pacientes passaram a ser consumidores de saúde responsáveis pelo seu processo saúde-doença. Vale ressaltar que essas eras – períodos – não se excluem, não possuem delimitações bem definidas, chegando em certos momentos (temporal, histórico e cultural) a se entrelaçarem e influenciarem.

Diante disso, observam-se as transformações que vêm ocorrendo no universo da medicina, desde a forma como esta se estrutura, perpassando pela sua ação, até o modo como o sujeito, classificado por ela como doente, é visto e tratado, com a valorização apenas dos fatores biológicos implicados nesse processo. Com isso, percebe-se, nesse cenário, a evolução das intervenções biológicas no processo de cuidado e a fragmentação do sujeito, antes reduzido a órgãos e funções, hoje reduzido as suas moléculas e genes, definido e traçado por estes, cujo sucesso da intervenção médica estará no controle e atuação nesse contexto micro que compõe o sujeito.

Em meio a esse cenário de práticas de saúde medicalizantes, a presente pesquisa buscou compreender as concepções de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico no contexto da Atenção Básica. O estudo se encontra dividido em três capítulos mais considerações finais.

No primeiro capítulo, procurou-se fazer um apanhado teórico para discutir os conceitos que envolvem o processo da medicalização como: o processo saúde-doença, os principais conceitos que contribuíram para a formulação e compreensão do conceito de medicalização, as compreensões acerca dos termos medicalização e medicamentação, o processo da medicalização no contexto da Saúde Mental, o uso indiscriminado do medicamento psicotrópico e, por fim, as compreensões sobre a Atenção Básica enquanto estratégia de saúde.

O capítulo que se seguiu, o segundo, trouxe os resultados encontrados na pesquisa de campo, realizada entre os meses de outubro de 2016 a janeiro de 2017. Antes da apresentação dos resultados, o estudo traz o método que serviu de instrumento para a possibilidade da coleta dos dados da pesquisa e os aspectos éticos que guiaram a postura da pesquisadora no campo. Assim, a parte que descreve os resultados foi dividida em dois grandes blocos: as concepções de usuários, familiares e profissionais

de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico no contexto da Atenção Básica; e a Unidade de Saúde da Família enquanto dispositivo de cuidado.

O terceiro capítulo foi construído a partir da análise dos resultados com base na literatura que discute os achados encontrados no campo da pesquisa. Assim como o anterior, o terceiro capítulo também foi dividido em dois tópicos para facilitar a compreensão e discussão dos resultados: o primeiro tópico traz a concepção do uso do medicamento psicotrópico a partir das narrativas de usuários, familiares e profissionais de saúde, fundamentada nos autores que conversam sobre o tema; e o segundo propõe uma leitura sobre a Unidade de Saúde da Família como lugar onde as narrativas emergiram.

No decorrer da construção do estudo, foi-se configurando pontos que parecem responder a questão de pesquisa, que consiste em conhecer a concepção de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico, no processo terapêutico, no contexto da Atenção Básica. Vale ressaltar que a concepção dos familiares foi se agregando à pesquisa a partir da circulação da pesquisadora no campo, se constituindo como um acréscimo rico em conhecimento que possibilitou ampliar a compreensão do fenômeno que a pesquisa se propôs estudar.

No que tange a relevância da pesquisa, esta contribui tanto para o campo científico quanto social, uma vez que permite a reflexão tanto teórica quanto empírica dos processos que envolvem o tema. Devido a pouca literatura, em especial, nacional para a discussão do seu conteúdo, sugere que o estudo tem muito a contribuir para esse cenário.

Contudo, um dos pontos que se destacou na pesquisa foi a concepção do familiar a respeito do medicamento psicotrópico, uma vez que não foram encontrados artigos que discutissem, especificamente, esse tema. Este fato sugere que ainda é algo novo a ser pesquisado, trazendo um aspecto inédito para a pesquisa. Destarte, encontrou-se artigos que discutem o papel da família no processo de adoecimento do sujeito em sofrimento psíquico, o seu processo de adoecimento, sua relação com o sujeito em sofrimento psíquico, mas não o discurso da família do usuário de medicamento psicotrópico para compreensão desse uso.

Assim, essa dissertação buscou contribuir de algum modo para os estudos na área, para a reflexão sobre a importância de ressignificar as práticas de saúde, embasadas no modelo biomédico de cuidado, se abrindo para outras possibilidades e

estratégias terapêuticas que colocam o usuário, como sujeito, no centro do seu processo de cuidado, e não como objeto de processos previamente estabelecidos de tratamento.

I. CONCEITOS

I.1. Processo saúde-doença: breve apanhado

No sentido de compreender como ocorre o processo saúde-doença, no contexto da medicalização, é preciso destacar, antes de tudo, o que se entende hoje por saúde. Para isso, o conceito adotado e que embasa as práticas de saúde, atualmente, é o conceito difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), que se refere à saúde como sendo o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a inexistência de doenças. Esse conceito de saúde, de acordo com Rosa e Winograd (2011), vem sendo utilizado e reiterado pela OMS desde 1946 até os dias atuais.

De acordo com Henriques (2015), o próprio conceito de saúde definido pela OMS contribui para a expansão da medicalização na contemporaneidade, uma vez que se constitui como um ideal de saúde impossível de ser alcançado em sua completude.

Desse modo, na busca incessante para se alcançar esse ideal, os sujeitos vão em direção às práticas de saúde que prometem e garantem a possibilidade de concretização desse ideal, submetendo-se a procedimentos e tratamentos que, mais rápido, respondam aos seus anseios, como: realização de exames cada vez mais detalhados, procedimentos cirúrgicos para fins cosméticos, utilização de medicamentos de modo inadequado e abusivo, entre outras práticas de cunho medicalizante.

Henriques (2015) destaca que a concepção de saúde como completo estado de bem-estar biopsicossocial, surgido desde a época do pós II Guerra Mundial e difundido como ideal de saúde até os dias de hoje, de certa forma, tende a diminuir a tolerância social para com quaisquer formas de mal-estar apresentados pelos sujeitos, tendo como consequência a ampliação do campo reservado aos desvios patológicos e um estreitamento do campo direcionado aos aspectos classificados como normais.

Diante disso, segue-se justificando a medicalização com o objetivo de promover saúde para que, assim, o sujeito venha alcançar, algum dia, o seu ideal, ressaltando que essa busca se cessa na impossibilidade que atravessa o seu alcance.

Em meio a essa discussão, Canguilhem (2009) coloca que a saúde perfeita não existe, e que esta se define na possibilidade que o sujeito possui para transpor uma norma que, por sua vez, está definindo o que seria normal para ele naquele momento, ou seja, a saúde consiste no nível de tolerância que os sujeitos possuem para suportar as

“infrações à norma habitual” (p.77), a norma que lhe foi instituída e, com isso, estabelecer novas normas em situações novas.

Nesse sentido, Rosa e Winograd (2011) destacam que o exercício de desenvolver novas normas, classificado pelas autoras, com base em Canguilhem, de capacidade normativa, se constitui no empenho para a recuperação da saúde como um processo natural, que possibilita o sujeito criar novos valores e normas de existência sempre que algo confrontar os seus limites.

Para Canguilhem (2009), dizer que o sujeito está sadio não significa dizer que ele está normal, ou que o sujeito que se encontra em um estado de adoecimento se traduz como anormal, uma vez que a compreensão do que se entende por norma, nesse contexto, depende da margem de tolerância que os sujeitos possuem para enfrentar as variações do meio.

Logo, Canguilhem (2009, p.53) ressalta que “é evidente que o patológico não é anormal, e é mesmo tão pouco anormal, que se pode falar em funções normais de defesa orgânica e de luta contra a doença”, e que as leis que regem os processos vitais do sujeito são as mesmas tanto no que se refere à saúde quanto à doença.

Em consonância, Rosa e Winograd (2011) reforçam a ideia de que:

A distinção entre normal e patológico não revela a variedade das existências individuais, mas tão somente se aplica a elas de modo necessariamente indireto e enviesado, em detrimento da história singular de cada sujeito. Eis o sentido da afirmação de que a saúde perfeita não existe, pois o conceito mesmo de saúde não é o de uma existência, mas o de uma norma (p.39).

Contudo, o conceito que predomina nas sociedades ocidentais contemporâneas, como definição de saúde e de doença, não corresponde ao abordado por Canguilhem, pelo contrário, reforça a explicação de que o processo saúde-doença perpassa pela ordem do completo bem-estar biopsicossocial e tudo que escapa a esse ideal normativo é automaticamente classificado como anormal/patológico.

Nesse âmbito, o normal é entendido como sendo o que se expressa na maioria da população, e assim, se constitui como algo que “é ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma. Ele multiplica a regra, ao mesmo tempo que a indica” (CANGUILHEM, p.108).

Por conseguinte, a saúde e a doença são entendidas pela crença que atravessa o normal como sinônimo de saúde e o anormal como algo que perpassa a ordem do patológico/doença. Vale ressaltar que, ao se compreender o processo saúde-doença por

esse viés, há um fortalecimento ainda maior dos processos envolvidos no enredo que compreende a medicalização.

Como fruto desse processo que define o que é saúde e o que é doença, segundo Tesser e Barros (2008), ocorre uma redução das possibilidades terapêuticas com a desvalorização dos modos de vida, valores, princípios e fatores subjetivos e sociais envolvidos no processo saúde-doença em curso na existência da pessoa.

Nesse sentido, Deborah Uhr (2012) salienta que ao se adotar a causalidade orgânica para justificar a doença há uma desqualificação dos processos afetivos e sociais, sendo a doença individualizada no corpo do sujeito que a apresenta, sendo ela classificada e tratada de forma genérica, desconsiderando, nesse processo, os aspectos singulares que também a compõe, pelo fato de ser algo considerado externo às manifestações subjetivas do sujeito.

A respeito desse processo, Barros (2002) apresenta uma colocação interessante, na qual localiza o processo da medicalização em meio a essa discussão, quando diz que “é provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização” (p. 76).

Diante disso, Ignácio e Nardi (2007) ressaltam que a medicalização pode ser considerada um mecanismo relacionado às formas de produção subjetiva, com o individualismo e o isolamento dos sujeitos, que se justificam e se reproduzem ao se legitimar o consumo de medicamentos psicoativos como modo privilegiado de tratamento e cuidado. Assim, torna-se cada vez mais urgente refletir sobre o processo saúde-doença, criando formas menos mercantilistas e mais enriquecedoras das experiências humanas, nesse conjunto de ações que caracterizam o cuidado à saúde, como indicam Tesser e Barros (2008).

Com isso, é preciso repensar e modificar os modos como atualmente se pensa e promove saúde, ressignificando práticas há muito tempo arraigadas, baseadas em manuais, que destacam apenas os sinais orgânicos das doenças e tomam como base uma valorização acrítica das classificações e rótulos das patologias, atribuindo uma identidade aos sujeitos que, por vezes, assumem de forma engessada.

Por esse ângulo, Caponi (2009) aponta que, entre o normal e o patológico, as fronteiras parecem estar se tornando cada vez mais indeterminadas, móveis e instáveis, de modo que a medicalização dos comportamentos rotulados como anormais passou a

se estender praticamente para todos os domínios da existência humana. Em sintonia com essa avaliação, Severo e Dimenstein (2009) afirmam:

Cada vez mais vai se patologizando aquilo que escapa aos modos instituídos de viver e criando-se novas categorias diagnósticas, sempre mais flexíveis, mais permeáveis, com poder de capturar as mais tênues diferenças com relação à norma. Um exemplo disso é a ampliação da variedade de sintomas e de classes diagnósticas descritas no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), onde uma das diferenças marcantes da versão anterior, o CID-9, é o aumento de categorias disponíveis para a sua classificação diagnóstica (p.60).

Dessa forma, o sofrimento – de qualquer tipo – deve ser abolido a qualquer preço. Como afirma Dantas (2009) ao frisar que, nesse contexto, a medicalização da vida tem se tornado o caminho mais curto e rápido para diminuir o sofrimento, as inquietações e os problemas do cotidiano dos sujeitos.

De acordo com Rose (2013), essa condição de bem-estar conquistada através do medicamento se constitui como uma sensação enganosa, pois necessita-se de todo um trabalho, que está para além da terapia exclusivamente medicamentosa, para “a restauração do si-mesmo” (p.148). Todavia, a escolha pelo medicamento, como solução mais rápida, é sempre a opção leva vantagem e acaba ganhando essa disputa. Rose (2013) acrescenta:

O que é vendido ao paciente é um sonho de controle. Assumir o controle de seus humores, tratar ansiedades que são os sintomas de doença, sentir-se você mesmo outra vez, ter sua vida de volta: essas são as esperanças, e as narrativas, que mobilizam as relações entre as empresas de medicamentos, os receitantes e os consumidores de medicamentos psiquiátricos (p.148).

Em consonância, o Conselho Presidencial de Bioética dos Estados Unidos e Kass (2003) atribuem a essa sensação de bem-estar alcançada através do medicamento psicotrópico como sendo superficial e prejudicial ao sujeito, uma vez que, a partir do instante em que ele escolhe gerenciar sua vida por meio do subsídio farmacológico, este não só o aliena do mundo como também dos seus sentimentos e paixões necessários para viver inserido nele.

Segundo Tesser (2010), independente dos conceitos e compreensões que permeiam a concepção de saúde e doença, torna-se evidente, nesse contexto da medicalização, que a abordagem de qualquer problema/mal-estar na vida dos sujeitos será traduzida como doença necessitando, desse modo, de diagnóstico, médicos especialistas, farmacoterapia, e com isso, alcançar a cura. Como consequência dessa

cultura, vem se tornando cada vez mais comum a identificação do paciente com a doença, ou seja, a doença passa a ser a identidade desse sujeito.

No entanto, como destaca Tesser (2010), os espaços dos serviços de saúde são ambientes ricos em oportunidades para o exercício profissional em direção à desconstrução desse modelo medicalizante, uma vez que os profissionais de saúde exercem grande influência sobre os sujeitos em adoecimento que os procuram, podendo, assim, a partir de sua prática, disseminar uma cultura de sujeitos “pouco-medicalizados” (p.104).

1.2. A medicalização e seus principais delineamentos

Conrad (1992) afirma que a medicalização é um processo sociocultural que consiste em descrever um problema utilizando termos médicos, representado por uma linguagem médica e sendo tratado a partir de intervenções médicas, tendo o uso dos fármacos como “recurso terapêutico mais utilizado” (FERRAZA et al., 2010, p. 382). Conrad (1992) cita ainda que, devido a isso, processos naturais da vida passaram a ser medicalizados, tais como: sexualidade, parto, desenvolvimento infantil, menopausa, desconforto menstrual, envelhecimento e morte.

Diante disso, Gaudenzi e Ortega (2011) destacam que a medicalização aparece, nesse cenário composto pelas sociedades ocidentais contemporâneas, para se referir aos modos de apropriação da vida humana pelas práticas médicas que, por sua vez, têm o poder de transformar aspectos básicos da vida em patologias.

A medicalização, expressão que surgiu no final dos anos 1960, tem sido um fenômeno que vem sendo discutido por diversas áreas e autores, como destaca Faraone et al. (2010), o tema vem sendo analisado há várias décadas em múltiplos campos disciplinares como a medicina, antropologia, sociologia, entre outros. Autores como: Peter Conrad, Ivan Illich, Irving Zola, Michel Foucault tiveram destaque nesse contexto.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) chamam a atenção para a importância da definição do termo trazida por esses autores, uma vez que os mesmos influenciaram significativamente para o estabelecimento e delimitação do que se entende e define hoje por medicalização.

Para Ivan Illich (apud ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA JR., 2014, p.1862) a medicalização se constitui como um processo amplo “exercido por diferentes

estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com o seu sofrimento”.

Illich (2003) nomeia esse contexto da medicalização como *Nêmesis Médica*, que é o fato dos profissionais de saúde (nesse cenário representado pela figura do médico), em sua prática médica, transformarem a dor, a doença e a morte (experiências anteriormente caracterizadas como um desafio pessoal) em um problema técnico, com isso, desapropriando o sujeito da capacidade de lidar com a sua condição humana de forma autônoma, e assim, fortalecendo uma prática médica que favorece a doença, nega a saúde, e gera clientes de formas terapêuticas que buscam a eliminação dos sintomas. Assim, a civilização médica é planejada e organizada no sentido de “matar a dor, eliminar a doença e lutar contra a morte” (p.920).

Conforme Nogueira (2003) Illich em seu livro *Nêmeses da Medicina*, escrito na primeira metade da década de 1970, lançou fortes críticas às práticas médicas, chegando a classificar a medicina como uma ameaça à saúde do sujeito e uma entidade que anula a autonomia do sujeito para lidar com a sua doença. Segundo Minakawa (2016), Illich demonizava a medicina, utilizando termos como malsã, dinâmica mórbida, estrutura política e social destruidora, entre outros termos pejorativos.

Illich foi fortemente criticado na época, e, anos após o lançamento do seu livro, escreve uma obra denominada de *Limits to medicine medical nemesis: the expropriation of health*, a qual classifica ser a última versão da sua obra *Nêmeses da Medicina*, e onde revê conceitos, faz mudanças, responde às críticas e expõe também suas autocríticas em relação a sua obra inicial, no entanto, sempre apontando o imperialismo da elite médica e a expansão de suas ações para “campos que até então não lhe pertenciam” (MINAKAWA, 2016, p.74).

Já para Zola (1972, p.487), o fenômeno da medicalização se caracteriza como “insidioso”, no qual, nesse contexto, a medicina a partir de suas concepções biológicas tem se tornado uma poderosa instituição de controle social com base em um repertório de verdades e julgamentos feitos em nome da saúde, medicalizando “a vida diária”, categorizando, cada vez mais, a existência humana a partir de rótulos que definem o que é saúde e o que é doença, e, tendo como forças promotoras desse processo as indústrias e o Estado.

Zola foi um dos autores que se apropriou do termo medicalização utilizado pela primeira vez no campo da sociologia em 1968, por Jesse Pitts (MURGUÍA, ORDORIKA e LENDO, 2016).

Segundo Moraes (2012), o termo controle social pela medicina foi utilizado pela primeira vez pelo sociólogo Talcott Parsons, ao notar que a medicina atribuía aos comportamentos desviantes o caráter de doença, justificando estes a partir de disfunções orgânicas localizadas no corpo do sujeito. Desse modo, ao diagnosticar a doença, como cita Taveira (2011), o controle social passava a ser feito através de tratamentos estabelecidos para a cura da doença e, conseqüentemente, correção do comportamento desviante.

Zola (1972) destaca que para se ter uma ideia do poder da jurisdição médica e do aumento das categorias diagnósticas basta observar o aumento do uso de psicofármacos nos tratamentos direcionados às doenças psicológicas, que tem aumentado significativamente na atualidade, sobrepondo o uso de medicamentos para o tratamento de doenças orgânicas. E, assim, a medicina vai direcionando uma “droga para cada estado de espírito: para nos ajudar a dormir ou nos manter acordados, para aumentar nosso apetite ou diminuí-lo, para baixar nosso nível de energia ou para aumentá-lo, para aliviar nossa depressão ou estimular nosso interesse” (p.495). E acrescenta que:

A crença na onipresença da doença é reforçada por uma leitura da literatura científica, farmacológica e médica, pois ali se encontra uma ladainha crescente de indícios de atividades de vida "não saudáveis". Do sexo à comida, das aspirinas às roupas, de dirigir o seu carro à prática de surf. Parece que sob certas condições [...] praticamente qualquer coisa pode levar a certos problemas médicos. Em resumo, eu pelo menos, finalmente, sou convencido de que viver é prejudicial à saúde. Esta observação não pretende ser jocosamente como pode parecer. Mas sim, que todos os aspectos da nossa vida diária têm em si elementos de risco para a saúde (ZOLA, 1972, p.498).

Vale ressaltar a importância e atualidade da discussão trazida por Zola, em um texto dos anos 1970, que descreve muito bem a realidade contemporânea das sociedades ocidentais do século XXI. Com isso, percebe-se que o fenômeno da medicalização tem se expandido com o passar dos anos, e vem se utilizando da evolução tecnológica para enraizar o seu domínio a partir de uma visão baseada nos pressupostos da racionalidade biomédica.

No que tange ao conceito de medicalização abordado por Foucault, Conrad (2007) traz uma explicação interessante, salienta que o conceito de medicalização sob a perspectiva de Foucault apresenta características consoantes à sua, cita que Foucault não utilizava o termo medicalização, porém, sua definição mostra o impacto do discurso médico na vida das pessoas e aponta aspectos que predominam nesse campo e que

contribuem para a propagação da medicalização como: o profissional médico e a expansão do campo médico (considerados fatores motores desse processo); as atividades dos movimentos sociais e organizados (no sentido de defender a definição médica e promover a veracidade do diagnóstico médico); e as atividades organizacionais inter e/ou intraprofissionais, com as quais as profissões competem pela autoridade na definição do diagnóstico e tratamento dos problemas.

Foucault, em seu livro *Microfísica do poder*, traz uma reflexão pertinente para essa discussão quando salienta que a medicina tem se tornado uma “estratégia biopolítica” e que o “controle da sociedade sobre os indivíduos” está para além de uma ideologia, esse controle, exercido de forma cada vez mais eficaz, tem começado “no corpo, com o corpo” (1984, p.80).

Desse modo, é a partir desse aspecto que as colocações de Foucault se diferenciam das definições de Conrad, ou seja, o caminho que Foucault traça para explicar a medicalização perpassa pelas relações de poder exercida pela sociedade, através das instâncias médicas, políticas, sociais e culturais sobre os sujeitos.

Segundo Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), é a partir dos trabalhos de Peter Conrad que o fenômeno da medicalização encontra a sua definição padrão.

De acordo com Conrad (2007), a medicalização descreve um processo que consiste no fato de que problemas que antes não eram considerados problemas médicos passaram a ser definidos e tratados a partir da esfera médica, geralmente em termos de doenças e distúrbios, tal característica se constitui como principal ponto da medicalização. Em relação a esse poder médico, Rose (2013) nomeia-o de imperialismo médico, que consiste na atuação médica para além dos assuntos que envolvem o campo médico.

Para Conrad (1992), a medicalização pode ser compreendida a partir de três níveis distintos: conceitual, institucional e o interacional. O nível conceitual perpassa em utilizar o vocabulário e/ou modelo médico para definir um problema, podendo ser utilizado por profissionais médicos ou não, nem sempre acompanhados de tratamento médico. O nível institucional consiste no fato de organizações/instituições adotarem uma abordagem médica para tratar algum problema específico, são ambientes em que o trabalho realizado no cotidiano é desenvolvido por profissionais não médicos. Por fim, o nível interacional, que diz respeito à relação médico-paciente, neste contexto os médicos estão envolvidos diretamente, e se refere a ação médica de definir um problema (diagnosticar), seja ele qual for, como problema médico.

Vale ressaltar que os estudos de Conrad têm como base, mas não somente, os trabalhos de Irving Zola, contudo, ele não se limita às colocações desse autor, indo além, acrescentando definições importantes que contemplam o universo que corresponde à medicalização.

O interesse de Conrad (2007), nesse contexto, está nos fundamentos e implicações sociais da “expansão da jurisdição médica” (p.4). O seguinte autor ressalta que o impacto das concepções médicas tem aumentado enormemente nos últimos 50 anos, sendo este estatisticamente comprovado a partir do aumento de investimentos financeiros nos cuidados à saúde. Neste quadro, pode-se constatar ainda o aumento considerável do número de profissionais médicos que quase dobrou nesse período, e com isso, ganhando atenção também entre o campo das ciências sociais.

Em sintonia, Rose (2013) explica que a expansão da jurisdição médica ultrapassou todos os limites do seu campo, estando agora para além do que até então se compreendia por enfermidade e doença, passando, assim, a englobar ações que envolvem a “administração do risco e a manutenção e otimização da saúde do corpo” (p.24).

Conrad (2007) salienta que o crescimento de categorias medicalizadas tem uma ligação diretamente proporcional ao processo da medicalização, isto é, à medida que as categorias medicalizadas aumentam, aumenta-se também a expansão da medicalização. No entanto, tal crescimento não pode ser definido apenas como resultado da “colonização” médica, mas sim, como destacam Arthur Barsky e Jonathan Boros (apud CONRAD, 2007), da diminuição da tolerância de qualquer sofrimento pela população, provocando uma progressiva “medicalização do sofrimento em que estados corporais desconfortáveis e sintomas isolados são reclassificados como doenças” (p.6), e como resultado disso, houve o aumento considerável do controle social dos comportamentos humanos pelo campo médico.

Como aponta Conrad (2007), a contribuição dos movimentos sociais, das organizações de pacientes e pacientes individuais para o crescimento da medicalização tem sido bastante expressiva, sendo estes importantes defensores da medicalização. Nesse cenário, destaca-se ainda a contribuição que as indústrias farmacêuticas têm exercido, atuando para o fortalecimento desse processo. Todavia, vale ressaltar que elas (as indústrias farmacêuticas) contribuem para a medicalização, mas não são pontos centrais nesse processo.

Segundo Conrad (2007), analistas que estudam o processo da medicalização apontam também outros fatores sociais que têm promovido o aumento da medicalização como: a diminuição da religião; a inabalável fé na ciência, na racionalidade e no progresso; além do aumento da credibilidade do poder do médico. Tais fatores, portanto, contribuem para definir o contexto social em que ocorre a medicalização. Para Conrad (2007), a medicalização possui dois lados, no entanto, o que se busca sempre é enfatizar os benefícios que esse processo proporciona à sociedade.

Simon Williams e Michael Calnan (apud CONRAD, 2007) ressaltam que muitos estudos a respeito da medicalização atribuem aos sujeitos um dos motivadores desse processo, pelo fato da sua grande maioria se caracterizar como passivos e não críticos diante da expansão médica, e sugerem que se o público, de uma forma geral, fosse melhor informado, isso se apresentaria como um desafio para esse processo, tendo a sociedade que estabelecer melhores estratégias para “articular o consumidor” (p.11), ou seja, levantar formas mais convincentes para que os sujeitos continuem a consumir suas ideias e produtos. Tal aspecto, nesse caso, se caracterizaria como uma das possíveis restrições para barrar a expansão do processo da medicalização.

Diante disso, Conrad (2007) chama atenção para a relação que parece existir entre o campo médico e a medicalização, uma vez que quando ocorrem mudanças significativas na jurisdição médica provocam-se impactos também significativos no processo de medicalização, mudanças como: a institucionalização do cuidado à saúde, a ascensão do gerenciamento do cuidado, a importância do crescente aumento da indústria biotecnológica (especialmente a farmacêutica e a indústria genômica) e a crescente influência dos consumidores e organizações de consumo.

De acordo com Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), o uso do termo medicalização, a partir dos trabalhos de Conrad, vem levantando algumas críticas. Uma dessas críticas está pautada no uso do termo que, não se limitando mais a sua definição inicial, tem o seu conceito expandido para além das práticas médicas, passando a agregar também as atitudes de pessoas que não pertencem ao campo médico como: pacientes, movimentos sociais, entre outros.

Todavia, salienta-se que, apesar das críticas, é o conceito de Conrad que melhor define a medicalização, como afirma Camargo Jr. (2013) ao ressaltar que para o estudo da medicalização é a definição de Conrad a mais precisa, pois, além de ser facilmente aplicável no contexto empírico, “ao mesmo tempo lança o desafio de pensar em que circunstâncias a medicalização poderia ou não ser justificável” (p.844).

Para reforçar o fato da definição de Conrad ser tida como a principal referência para o estudo da medicalização, faz-se pertinente destacar em que seus trabalhos o diferenciam das concepções trazidas por outros autores, e por que os trabalhos de Conrad, mundialmente reconhecidos, são utilizados como definição padrão.

Desse modo, Minakawa (2016) aponta que Illich demonizava a medicina, considerava-a negativa e a culpabilizava pelo processo da medicalização. Para Zola, o Estado é o grande motor que potencializa a medicalização, ao se utilizar do campo médico como estratégia de controle social. Foucault faz uma análise mais profunda sobre esse aspecto, citado por Zola, ressaltando, porém, nesse contexto as relações de poder.

Já Conrad não vê a medicina como algo negativo, para ele não é apenas o Estado o motor desse processo, mas também as indústrias farmacêuticas, os movimentos sociais, os pacientes e a própria medicina que autoriza a apropriação da sua prática pelo Estado, para que este exerça seu controle sobre a população.

Diante desse quadro, e para complementar o pensamento de Conrad a respeito desse fenômeno que a medicalização se configura, um autor como Rose (2013), que também trabalha nessa perspectiva, ressalta que a medicina, frente a essas mudanças, vem se estruturando como uma espécie de tecnomedicina, extremamente dependente de equipamentos de última geração para proferir seus diagnósticos e estabelecer sua terapêutica, sendo a vida, nesse contexto, compreendida em nível molecular, no qual o objetivo médico não é apenas a cura da doença manifesta, mas sim a aplicação e intervenção, no corpo e na mente, de procedimentos tecnológicos com o intuito de controlar os processos vitais dos sujeitos.

Rose (2013) acrescenta que o objetivo último dessas novas tecnologias está em modificar o próprio organismo biológico do sujeito para elevar o seu funcionamento a níveis de capacidade máxima e, dessa forma, aumentar as suas chances e possibilidades de vida.

Com isso, fazendo uso de todo esse conhecimento molecular, a indústria farmacêutica segue explorando-o, patenteando-o e o comercializando, principalmente, para os pacientes que passaram a ser vistos e tratados como consumidores de saúde, em um cenário no qual muitos desses pacientes se negam a permanecer nessa condição de pacientes, tornando-se então consumidores, optando pela escolha do uso intenso da medicina, da farmácia e da biociência para aumentar as suas potencialidades vitais. Rose (2013) destaca ainda que:

Esses fenômenos moleculares, tornados visíveis e transformados nas determinantes de nossos humores, desejos, personalidades e patologias, tornam-se o alvo de novas técnicas farmacêuticas. E essas técnicas não prometem simplesmente o combate, nem mesmo a cura, mas a correção e o incremento dos tipos de pessoas que somos ou queremos ser (p.45).

No tocante ao campo da saúde mental, nas sociedades ocidentais, os transtornos mentais passaram a ser vistos como oportunidades vitais para o lucro e o crescimento econômico, ou seja, o lucro obtido através de promissores tratamentos que se julgam eficazes, com a promessa de ajudar ao sujeito, em acordo com o médico, a retirar na raiz o que lhe perturba, na promessa de devolver o sujeito a si mesmo e a sua vida (ROSE, 2013).

Nesse cenário, onde as terapias biológicas vão ganhando cada vez mais espaço, Henriques (2015) destaca que:

A própria psicofarmacologia acabaria por encerrar o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana, ao prometer o fim do mal-estar psíquico através da ingestão de pílulas que nada mais fazem do que suspender os sintomas. (p.91).

Desse modo, percebe-se que no contexto da medicalização há uma produção de verdades, com base no discurso médico, acerca do sujeito e do seu estado de saúde que, comumente, se utiliza da prescrição de medicamentos como ponto central da sua prática, levando à hegemonia da medicação como recurso de cuidado, que acaba sendo utilizado, muito frequentemente, de modo quase exclusivo nas intervenções terapêuticas.

Essa prática não é diferente quando se refere ao campo da saúde mental, ao contrário, é predominante. Segundo Ferrazza et al. (2010), os medicamentos psicotrópicos estão sendo empregados na intervenção de qualquer mal-estar do sujeito, quer seja em um momento de tristeza, desamparo, insegurança, angústia, ansiedade ou até mesmo ausência de felicidade, atribuindo a esse aspecto o processo da psiquiatrização da vida social, que transforma esse mal-estar em doença, valorizando a concepção biológica de sofrimento psíquico incentivando, assim, um processo terapêutico baseado essencialmente em recursos químicos.

Nessa perspectiva, Antelo (2002) destaca:

A pílula materializa a saúde e é mercadoria simbólica, provida e provedora de sentido. A reificação de toda mercadoria beneficia-a, e a saúde se vende embalada em pílulas, realizando a resolução tecnológica do símbolo na sua mais perfeita aplicação peirceana:

compreensão de grandezas em pequenas superfícies. “Pilulização” da existência. (p.91).

A esse uso do medicamento como estratégia terapêutica, de forma quase que exclusiva, Rose (2013) expõe de forma bastante pertinente quando diz que ao se optar pela terapia medicamentosa opta-se por um tipo de vida que se deduz ser melhor que outro, um modo de vida livre de dor ou sofrimento, isso com base apenas no fato de que tal recurso passou por testes clínicos de precisão e eficácia e que, a partir de então, tal recurso ajudará o sujeito a se libertar das suas inquietações e sofrimento.

Todavia, o que se intenta nesse trabalho não é desqualificar o uso do medicamento psicotrópico enquanto possibilidade terapêutica, uma vez que a sua contribuição para a diminuição do sofrimento de muitos sujeitos que padeciam com suas dores, sejam elas físicas ou psíquicas, é notável. Porém, o que é preciso destacar, nesse cenário, é a proporção que o medicamento alcançou (e tem alcançado) como recurso de cuidado, se colocando a serviço “da formatação de padrões de normalidade”, contribuindo para a constituição de sujeitos sem sofrimentos, angústias, frustrações, conflitos e limitações, e desse modo, propagando a imagem de que são capazes de suprir com todos os “paradoxos da existência humana” com a promessa de recuperar a “suposta natureza humana normal” (RODRIGUES, 2003, p. 20-21).

1.2.1. Compreensões acerca da Medicalização e Medicamentalização

Segundo Rosa e Winograd (2011), na atual conjuntura de sociedade que se estruturaram as civilizações ocidentais, a cultura que nela prevalece é a do mal-estar subjetivo, tendo em compensação a este estado, o aparecimento de uma cultura médica fundamentada no conceito de saúde que perpassa pelo completo bem-estar biopsicossocial, conceito este que vindo sendo utilizado como oficial acerca de 62 anos para nortear as práticas de saúde.

As autoras acima destacam que, nesse contexto, o corpo tornou-se objeto de destaque, no qual os sujeitos têm sido cada vez mais estimulados a se transformarem em consumidores de serviços médicos, que vão desde medicamentos a todo suporte tecnológico que a ciência pode suprir.

Diante disso, Clarke e Shim (2011) salientam que a teoria da medicalização tem sido um tema que vem sendo debatido e atualizado recentemente, no qual historicamente, se tem uma vertente de pesquisa que tende a enfatizar a tese da

dominância profissional, com um enfoque relativo nos médicos como os principais agentes da medicalização, com uma crítica ao engrandecimento dessa categoria profissional e ao imperialismo médico nesse processo.

Em consonância a essa vertente, o estudo sobre a administração medicamentosa para “cura” do sofrimento psíquico começa a ganhar terreno – a medicamentação – e surge com a necessidade de melhor compreender as nuances que compõem o processo que envolve a medicalização. De acordo com Rosa e Winograd (2011, p.42) a medicamentação “diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes” por medicamentos psicotrópicos.

A palavra medicamentação foi proposta por Mbongue et al. (2005) para se referir ao uso de medicamentos no tratamento de problemas sociais, que foram transformados em problemas médicos pelo sistema médico, transformação essa que descreve o processo de medicalização. Sendo assim, para os autores, observa-se que o uso de medicamento passa a ser incentivado não só pela ocorrência de doenças como também pela indústria farmacêutica.

Mbongue et al (2005) ressaltam que a expressão medicamentação pode se referir também ao uso não médico do medicamento, como por exemplo o doping esportivo, o uso de drogas para o alívio de problemas da vida e o aprimoramento dos modos de condução e estilo de vida que os sujeitos possuem.

Rosa e Winograd (2011) acrescentam que, desse modo, o processo da medicamentação pode ser percebido como uma expansão do fenômeno da medicalização, que inclui também os campos que estão para além do científico.

Nas palavras de Bezerra et al. (2014) o processo da medicamentação também diz respeito ao domínio do sistema médico sobre a vida do sujeito, que se utiliza da prescrição e do uso de medicamentos como única forma de tratamento possível para problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano, tendo, nesse caso, a singularidade do sujeito transformada em doenças ou transtornos com diagnóstico e terapêutica medicamentosa para se alcançar a cura.

Paiva et al. (2016) destacam que o medicamento nesse cenário ocupa lugar privilegiado, sendo considerado um produto relevante e validado pela ciência, a verdadeira solução para os problemas sociais de conduta e/ou comportamento, tais como cita Wannmacher (2007): de insônia, tristeza, envelhecimento, sobrepeso, desatenção infantil, disfunção erétil, tabagismo, constipação, entre outros.

Para Rosa e Winograd (2011) o sofrimento mental agora é algo possível de ser reparado, pois com a crença de que o distúrbio psíquico corresponde a uma disfunção do organismo basta agir sobre ele através da ingestão de algum psicotrópico; como consequência, os sujeitos têm se tornado cada vez mais intolerantes a qualquer sofrimento, recorrendo a medicamentação em larga escala para lidar com o sofrimento.

A esse respeito, Freitas e Amarante (2015, p.18) salientam que com o aparecimento dos psicotrópicos surge também a ideia de que os problemas psíquicos, considerados incuráveis, passam agora para a categoria de passíveis de “cura”, sendo, esses medicamentos, considerados pela população como a descoberta da “pílula milagrosa”. Com isso, de acordo com Wannmacher (2007):

As pessoas acreditam que encontrarão a solução para todos os males nos novos e promissores medicamentos. O comportamento estimulado é o mesmo referente a outros bens de consumo, em que alto custo, nome de marca, sofisticação e novidade (introdução recente) confundem-se com eficácia e resolutividade dos problemas (p.3).

Segundo Bezerra et al. (2014, p.63), “a medicamentação representa o risco do aumento do poder da psiquiatria, da psicologização dos problemas sociais, da ampliação e da ambulatorização da demanda”, e com isso, indo de encontro às lutas e conquistas alcançadas, até então, nos campos da saúde mental e da saúde coletiva.

Nesse contexto, para Rawlins (2003), encontra-se muito evidente que, atualmente, com as práticas médicas estabelecidas para o cuidado do sujeito, os médicos podem ser reduzidos a meros prescritores e ao menos que se estabeleçam novos modos de ação para a prática médica, os médicos do futuro poderão ser considerados ainda piores do que os que se têm nos dias de hoje.

O autor justifica sua fala pautando-se no fato de que avanços significativos ocorreram no campo da farmacologia nos últimos 50 anos, no entanto, o compromisso educacional dos profissionais médicos não acompanhou essa evolução, e cita uma frase de William Osler que chama atenção para o compromisso médico no processo de cuidado que diz: “um dos primeiros deveres do médico é educar as massas a não tomar remédio” (RAWLINS, 2003, p.495). Todavia, o que vem ocorrendo é justamente o oposto, ou seja, os profissionais médicos, cada vez mais, estruturando a sua atuação no ato de prescrever.

Wannmacher (2007) aponta que é até justificável que as indústrias farmacêuticas queiram a todo modo divulgar e vender os seus produtos, utilizando os mais diversos

artifícios para alcançar esse objetivo, porém, o que não se justifica é o fato de que profissionais de saúde sejam educados, informados e agregados às indústrias farmacêuticas, atuando para favorecê-las e, conseqüentemente, se beneficiando também. Para a autora, quando a prescrição acontece sob influência das indústrias farmacêuticas, a ética e a confiança estabelecida na relação médico-paciente ficam comprometidas.

A autora destaca ainda que a prescrição no processo de cuidado pode ocorrer por exigência e pressão do paciente para com o médico, que passou a ter acesso ao produto a partir de conhecimentos superficiais como uma propaganda na mídia, sem considerar a eficácia e segurança do produto. Diante disso, faz-se pertinente ressaltar a importância de se refletir sobre os aspectos éticos envolvidos nesse contexto, para assim, contribuir de forma significativa para uma prática médica eficaz e que favoreça a qualidade do serviço de saúde ofertado ao sujeito.

Desse modo, percebe-se, nesse contexto da medicalização, a importância atribuída ao medicamento e a prática médica da prescrição, caracterizando-se como pontos de destaque nesse processo, a ponto de ser nomeado e estudado como um seguimento da medicalização, chamado de medicamentação. Com isso, a partir das colocações dos autores acima, observa-se que a medicalização e a medicamentação fazem parte de um mesmo processo, não sendo vistas como teorias distintas, na qual a segunda é classificada como uma expansão da primeira.

1.2.2. Medicalização: uma introdução ao estado da arte no campo da saúde mental

O Estado da arte ou do Conhecimento, segundo Teixeira (2006), pode ser classificado como um recurso que visa compreender determinado assunto em um período específico, fazendo uma sistematização e análise dos estudos encontrados. Assim, este subtópico do trabalho buscou fazer uma introdução ao estado da arte sobre os estudos a respeito da medicalização envolvendo o campo da saúde mental e aspectos relacionados a este, em um período correspondente aos anos de 2014 a 2016, o que significa que foi feito uma pesquisa introdutória sobre o que de último tem sido publicado sobre o tema.

A pesquisa dos artigos foi realizada nas bases de dados da Capes, Scielo e Google acadêmico, com os descritores: medicalização e saúde mental. Foram escolhidos quatro artigos principais, mais recentes, que trazem essa discussão da medicalização e

saúde mental. Destaca-se que outros autores, que compartilham das mesmas ideias, foram citados de modo indireto para agregar à discussão.

Esse texto propõe trazer as discussões sobre o tema levantadas por autores como Soalheiros e Mota (2014) com o artigo *Medicalização da vida: doenças, transtornos e saúde mental*; Zanella et al. (2016) *Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas*; Bianchi et al. (2016) *Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacêutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad em Argentina y Brasil (1998-2014)*; e Ferrazza e Peres (2016) com *Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil*.

Soalheiros e Mota (2014) chamam atenção para o aumento das categorias diagnósticas e naturalização das patologias contemporâneas com a valorização dos classificados transtornos mentais. Com isso, ressaltam a atuação da indústria farmacêutica, que se vale da ciência para expandir suas ações nesse contexto da medicalização, estimulando o consumo cada vez maior de medicamentos, uma vez que, nesse quadro, a máxima que prevalece é a atuação sobre o organismo, no qual o mesmo deve ser diagnosticado e tratado.

Nesse sentido, a medicalização se constitui como um processo que transforma aspectos considerados inerentes à condição humana em situações que possibilitam diagnóstico e tratamento (BIANCHI et al., 2016; FERRAZZA e PERES, 2016; MURGUÍA, ORDORIK e LENDO, 2016; SOALHEIROS E MOTA, 2014; TESSER, PEZZATO e SILVA, 2015; ZANELLA et al., 2016).

Soalheiros e Mota (2014), a partir desse contexto, fazem uma crítica à prática dos profissionais (médicos e não médicos) de saúde mental que fundamentam a sua clínica no uso dos manuais de classificação diagnóstica, adotando, assim, uma visão reducionista e normativa dos modos de ser e estar no mundo apresentados pelo sujeito. Aspecto esse que, para os autores, se caracteriza como uma evidência do processo de medicalização.

Zanella et al. (2016) abordam elementos consoantes aos de Soalheiros e Mota (2014). Os autores destacam a valorização atribuída aos aspectos orgânicos do corpo em detrimento ao sujeito dotado de subjetividade e peculiaridades existenciais que o constituem como tal, dando ênfase a importância do medicamento como único instrumento possível de “cura”.

Para Zanella et al. (2016) o fenômeno da medicalização é compreendido como um modo de controle social, fundamentando a sua discussão a partir dos trabalhos de

Peter Conrad. Os autores chamam atenção para o conceito de farmacologização abordado por Camargo Jr., que consiste nas intervenções medicamentosas, no qual o uso do medicamento é feito de forma banal e abusiva. Em vista disso, propõem estratégias para a superação da lógica medicalizante no campo da saúde mental, com ações promovidas e desenvolvidas no próprio território do sujeito em sofrimento psíquico, sendo as Equipes de Saúde da Família a principal estratégia para a execução dessas ações, que irá compor uma rede de cuidado constituída por dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Soalheiros e Mota (2014) e Zanella et al. (2016), por vezes, utilizam o termo medicalização para se referirem às práticas de medicamentação como, por exemplo, ao ressaltar o uso excessivo de psicotrópico para o alívio do sofrimento e contenção dos comportamentos classificados como anormais. Os autores trazem o uso dos manuais como prática predominante na psiquiatria para o diagnóstico do sofrimento psíquico apresentado pelos sujeitos, que no caso do campo da saúde mental prevalece o uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM); e fazem uma retrospectiva desses manuais desde as suas primeiras versões à última, chamando atenção para a mudança de paradigma que ocorreu a partir da terceira versão, em que prevalecia, nas versões anteriores, a classificação dos transtornos sob influência da psicanálise e da psiquiatria social comunitária.

A partir da terceira versão (DSM III) a classificação dos transtornos mentais passou a ser feita de modo mais objetivo, com a valorização dos sintomas físicos, ou seja, para diagnóstico do sofrimento psíquico, a subjetividade do sujeito foi deixada de lado, tendo seu diagnóstico realizado a partir dos sintomas orgânicos em evidência nesse contexto.

Assim como Zanella et al. (2016), Bianchi et al. (2016) abordam o tema da medicalização a partir das definições trazidas pelo sociólogo Peter Conrad, discutindo o processo da medicalização e sua expansão a partir do contexto específico do diagnóstico e tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH –, em que salientam as ações da indústria farmacêutica nesse cenário, onde “o atual quadro do TDAH se posiciona como um exemplo empírico para a teorização da problemática da medicalização na sociedade” (p.454-5).

Para Bianchi et al. (2016), como também para Cardoso (2015), a definição original da medicalização está relacionada à expansão do domínio médico, tendo como foco inicial as ações de médicos, movimentos sociais e organizações de profissionais.

Contudo, atualmente, a medicalização aponta para a inserção da indústria farmacêutica, das biotecnologias e dos mercados de saúde e de consumidores como fatores que vêm movendo esse processo.

Os autores Bianchi et al. (2016, p.454-5), mesmo discutindo a medicalização especificamente a partir do TDAH, trazem subsídios para se pensar a medicalização no campo da saúde mental como um todo, dando uma ideia clara da incidência da medicalização nesse campo. A esse respeito, Christofari, Freitas e Baptista (2015) salientam que ao classificar as dificuldades de aprendizagem, o que se faz é patologizar os modos de ser e aprender, fator constitutivo do processo de medicalização.

Bianchi et al. (2016) demonstram modificações importantes que vêm ocorrendo no campo da medicalização, como o deslocamento das instâncias promotoras desse processo, se no início os principais atores que moviam esse processo concentravam-se na classe médica, hoje a realidade mostra-se diferente, havendo uma mudança na centralidade desse processo para a formação dos mercados de saúde, a crescente lógica do consumo relacionada ao acesso a saúde e a atuação predominante das indústrias farmacêuticas, ressaltando, nesse quadro, a importância e o espaço que o consumo adquiriu para a sociedade do século XXI, o que possibilitou parte desse deslocamento.

Nessa perspectiva, Bianchi et al. (2016) fazem um análise sobre as estratégias de marketing farmacêutico para o TDAH, chamando atenção para os sujeitos para os quais ele direciona seu discurso, como por exemplo: os líderes de opinião – nesse caso os psiquiatras e neuropediatras infanto-juvenil – importantes agentes para o marketing farmacêutico na divulgação dos seus produtos; as estratégias de orientação familiar oferecidas pelos laboratórios às famílias – para fornecer informações sobre o TDAH –; e os educadores, classificados como personagens indispensáveis devido ao seu papel e a influência que exercem no diagnóstico do TDAH.

Bianchi et al. (2016), bem como Leonardo e Suzuki (2016), destacam a influência dos grupos de apoio na divulgação do TDAH, que partem de um visão reducionista, na qual se justifica a doença com base no orgânico, apesar do seu diagnóstico ainda ser algo indefinido, divulgando nos mais diversos meios de comunicação condições, estratégias e possibilidades para o diagnóstico, tratamento e “cura” do possível transtorno.

Desse modo, Bianchi et al. (2016) apontam para uma multiplicidade de condutores que atuam no contexto da medicalização como promotores desse processo, acentuando que estes também se encontram para além do campo médico, como os

grupos de apoio, profissionais não médicos, indústria farmacêutica, consumidores de saúde, os meios de comunicação científicos e não científicos e os pacientes e seus familiares.

No Brasil o tema da medicalização vem ganhando terreno nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos como fora deles, a partir de publicações e movimentos relacionados à medicalização da vida (BIANCHI et al., 2016), como o Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade.

Para finalizar essa discussão, ressalta-se o artigo que aborda a medicalização em um contexto atípico dos cenários, comumente, apresentados nos artigos científicos encontrados, no qual os autores Ferrazza e Peres (2016) abordam a discussão do tema a partir da medicalização do corpo, fazendo uma articulação com a criminalização do aborto.

Ferrazza e Peres (2016) discutem o processo da medicalização com base nos trabalhos de Foucault, conduzindo a discussão pelas relações de poder exercidas pelas instâncias médicas, políticas, sociais e culturais, que desde muito cedo estabelecem formas de controle sobre vida e a morte e, conseqüentemente, sobre a sexualidade, como, por exemplo, a “pedagogização do sexo da criança” (p.19) relacionada à repressão de toda e qualquer forma de expressão sexual/erótica exercida pela criança e condenada moralmente pelo social.

Ferrazza e Peres (2016) salientam em seu texto a patologização da existência através do gerenciamento da vida e da normatização do corpo e dos prazeres, classificando esses aspectos como características inerentes ao processo da medicalização. Desse modo, traz a discussão sobre a criminalização do aborto no Brasil a partir de questões de cunho biopolítico e da medicalização da vida, fundamentado esse discurso no processo de gerenciamento do corpo da mulher.

Nesse contexto, os autores apresentam a medicalização da sexualidade a partir do “controle e regulação dos corpos das mulheres por meio de saberes disciplinares médicos e moralizantes” (FERRAZZA e PERES, 2016, p.23), que estabelecem o que é considerado normal e adequado para o corpo feminino, geralmente, a partir de práticas que apontam para o papel da mulher enquanto mãe de família, dona de casa e esposa obediente ao marido, sendo condenada toda e qualquer forma de rompimento dessa lógica.

Nessa configuração, as sexualidades também seriam tema de abordagem da medicina e de tecnologias que estariam no âmbito

desses processos de medicalização da vida humana e das estratégias de controle biopolítico, em consonância com a patologização dos fenômenos da existência humana (FERRAZZA e PERES, 2016, p.19).

Segundo Ferrazza e Peres (2016), o fenômeno da medicalização do social é algo complexo e que abrange diversas questões epistemológicas, filosóficas, sociais, políticas e culturais. É um processo que vem sendo criticado desde meados do século XX, assinalando a expansão desse processo com base nos discursos e práticas medicalizantes adotados por toda a sociedade, com isso, possibilitando o aumento, cada vez maior, de condições que favorecem o estabelecimento de novos diagnósticos, novos medicamentos, novas técnicas de intervenção terapêutica e a criação de novas áreas de pesquisas atreladas a genética e a biotecnologia.

Diante do exposto, observa-se que os últimos estudos publicados que abordam o tema da medicalização envolvendo o contexto da saúde mental, apesar das formas distintas de abordarem o tema, apresentam pontos convergentes como a “patologização da existência humana” (FERRAZZA e PERES, 2016, p.18), comprovada pelo considerável aumento das categorias diagnóstica, com vistas à normatização dos corpos e ao reducionismo dos sujeitos aos seus diagnósticos, levantando e suscitando, assim, questões para a expansão das discussões a respeito do tema para melhor compreender esse fenômeno.

1.3. Medicamentos psicotrópicos: um uso indiscriminado

Segundo Gorenstein e Scavone (1999), o início da história da psicofarmacologia moderna ocorre por volta da década de 1940, com a introdução dos primeiros fármacos para o tratamento de transtornos na área da psiquiatria, tendo no ano de 1949 o primeiro relato sobre o uso do lítio direcionado ao tratamento da mania, seguido, em 1952, pelo uso da clorpromazina, um antipsicótico, depois vieram os primeiros ansiolíticos – meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957) – acompanhados de uma série de benzodiazepínicos.

De acordo com os autores, até a década de 1950, a clínica psiquiátrica já contava com um grupo de cinco psicofármacos, tais como: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imipramina), antidepressivos inibidores das monoaminooxidases - IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e estabilizadores do humor (lítio).

Com a descoberta dos efeitos positivos na remissão dos sintomas físicos, apresentados no corpo do sujeito, relacionados ao sofrimento psíquico, os psicotrópicos entram em cena com força avassaladora, reduzindo, assim, as possibilidades de tratamento ao seu uso.

Rodrigues, Facchini e Lima (2006) salientam que o uso de psicotrópicos tem crescido bastante nos últimos anos em vários países ocidentais e, não com a mesma dimensão, também em países orientais, cujo crescimento foi constatado a partir de uma relação diretamente proporcional ao crescimento de diagnósticos relacionados aos transtornos psiquiátricos e aos novos psicotrópicos lançados pela indústria farmacêutica como forma de tratamento.

Em consonância, Onocko-Campos et al. (2013a) destacam que, no campo da saúde mental, o aumento do número de transtornos categorizados cresceu significativamente nos últimos 60 anos, e com isso, favorecendo o uso, quase que exclusivo, de psicotrópicos para o tratamento ofertado aos sujeitos que procuram os serviços de saúde mental.

Os autores ressaltam que, no Brasil, os modos de fazer saúde, mesmo com o advento da Reforma psiquiátrica e as mudanças por ela propostas como: o surgimento de novas práticas em saúde e dispositivos substitutos da concepção hospitalocêntrica, mantêm a medicalização como “prática não reformada” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013a, p.2890), através da renovação de receitas sem avaliação com o objetivo de assegurar a não interrupção do tratamento e garantir o cuidado a partir do uso indiscriminado do medicamento (cuidado esse que pode ser traduzido na estabilização do quadro clínico e contenção do sujeito a possíveis situações de crise).

Diante disso, percebe-se que a relação singular e o significado que o uso do medicamento psicotrópico têm para o sujeito, nesse contexto, pouco são levados em consideração, delimitando a participação do sujeito na construção do seu processo de cuidado apenas à descrição dos seus sintomas físicos.

Nesse sentido, o aumento vertiginoso do uso de medicamentos, uma das causas que conduz ao uso indiscriminado, especialmente no contexto da Saúde Mental, como destaca Santos (2012), tem sido considerado um problema de saúde pública de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo a população brasileira um dos maiores consumidores de medicamentos do mundo.

Segundo a OMS (2002), mais de 50% de todos os medicamentos receitados no mundo são vendidos e dispensados sem receita médica, o que traz prejuízo para o

usuário e o fortalecimento de práticas que levam ao uso indiscriminado, tais como a banalização da prescrição medicamentosa e falta de orientação médica. Onocko-Campos e Gama (2008) ressaltam que a medicação é um recurso importante à disposição dos profissionais de saúde, porém, o seu uso indiscriminado pode trazer muitos prejuízos para o usuário e o seu processo de cuidado.

O uso indiscriminado de medicamentos, como citam Mastroianni et al. (2011), além de trazer prejuízos aos sujeitos que deles fazem uso como: efeitos colaterais, agravamento do quadro clínico, enfermidades; sobrecarrega os dispositivos de atenção à saúde, fato que pode ser observado no aumento constante do número de atendimentos e internações.

Apesar de no Brasil conter políticas públicas que regulamentam a prescrição e o uso de medicamentos psicotrópicos e um órgão como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para a fiscalização do cumprimento dessas leis, o uso indiscriminado de psicofármacos parece escapar facilmente a essa vigilância, se fortalecendo a partir de práticas de saúde adotadas pelos dispositivos que, comumente, se fundamentam na visão biomédica de saúde e doença para embasar suas ações.

Nessa perspectiva, de acordo com os resultados de 2009, publicados em 2010, do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC (BRASIL, 2010), apesar de estabelecidas estratégias de controle e fiscalização para evitar possíveis desvios dos produtos para o comércio não legalizado, países que possuem uma significativa extensão territorial e de mercado farmacêutico, como o é o caso do Brasil, ainda enfrentam sérios problemas com o uso abusivo de medicamentos psicotrópicos. Segundo o SNGPC (BRASIL, 2010), desde o início do século XX, quando foi realizada em Xangai a primeira Conferência sobre o controle e consumo de substâncias psicoativas e entorpecentes, o tema tem sido alvo de preocupação em nível mundial.

Um dos perigos do uso indiscriminado dos psicotrópicos consiste, como afirma Pelegrini (2003, p.40), no “assujeitamento” dos usuários, que significa a exclusão do sujeito do seu sofrimento, no qual este passa a ser compreendido como uma perturbação orgânica, retirando do sujeito a responsabilidade e o seu protagonismo no processo de adoecimento. Assim, a função no medicamento nesse quadro, geralmente, se restringe apenas à eliminação do sintoma, uma vez que a causa ainda permanece desconhecida, limitando o processo terapêutico a uma intervenção no corpo, para que o corpo volte ao seu estado, classificado como, normal. A autora complementa dizendo que é crescente o

número de sujeitos que procuram atendimento psiquiátrico não porque estejam doentes, mas por desejarem modificar seu jeito de ser/estar no mundo.

Vale destacar que a intenção aqui não é desconsiderar os avanços da psiquiatria e da psicofarmacologia no processo de cuidado, uma vez que têm o seu lugar de importância no processo de cuidado, mas sim de chamar atenção para a redução do tratamento a apenas essas duas instâncias.

Nesse contexto, Pelegrini (2003) ressalta que o campo da psiquiatria a partir do momento em que passa para o status de ciência amplia sua área de cobertura, estendendo o tratamento medicamentoso para todos os desconfortos psíquicos decorrentes de estar no mundo, desde os mais triviais do cotidiano, o que significar dizer que “para cada mal a psiquiatria passou a ter um remédio” (p.39).

Segundo o estudo de Mastroianni et al. (2011), esses sujeitos que fazem uso de medicamentos psicotrópicos são os que mais utilizam o medicamento de modo inadequado, aumentando, assim, as chances de internações e reações adversas, aspectos estes que merecem ser considerados pela rede de atenção à saúde envolvida no processo de cuidado.

Com base nesse quadro, onde a utilização dos medicamentos psicotrópicos geralmente ocorre de forma acrítica e carregada de valor simbólico para aqueles que os utilizam, foi criada, no Canadá, uma nova abordagem de intervenção nomeada como Gestão Autônoma da Medicação (GAM), cujo objetivo consiste em garantir ao sujeito, que faz uso de psicotrópicos, a participação na tomada de decisão correspondente ao seu tratamento, sendo assim, propõe estratégias de mudanças que valorizem o diálogo e a troca entre os profissionais de saúde envolvidos e os usuários protagonistas desse processo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013a).

De acordo com Onocko-Campos et al. (2013a), com o auxílio de um material impresso, os sujeitos em tratamento podem ter acesso às informações sobre: seu processo terapêutico, seus direitos nesse processo, como dialogar com a equipe de saúde sobre a posição que o medicamento ocupa, e outras estratégias de saúde e suas redes de cuidado e sociais. Vale salientar que a versão utilizada no Brasil possui algumas alterações como: não apresentar o tema que discute a retirada da medicação no tratamento, apesar de reforçar o diálogo entre profissional de saúde-usuário; o que revela, no cenário brasileiro, a forte influência do modelo biomédico nas práticas de saúde, dando prioridade ao uso do medicamento psicotrópico como ponto central no tratamento.

Frente às discussões e questões levantadas sobre o tema, o que se propõe é um uso racional do medicamento que, como salientam Mastroianni et al. (2011) com base na OMS e na política nacional de medicamentos, acontece quando o sujeito recebe o medicamento adequado e orientações quanto ao uso, os possíveis efeitos adversos e o tempo de ingestão, além de contribuir para a potencialização do sujeito que faz uso desse tipo de medicamento.

O uso racional do medicamento psicotrópico consiste em colocar o medicamento na posição de estratégia terapêutica que possibilite uma melhora dos sintomas do sujeito, mas sem que para isso ele perca o seu papel de protagonista nesse processo de cuidado, na sua vida, nas atividades do seu cotidiano e no contexto social.

Assim, como contribuição para o estabelecimento e fortalecimento de estratégias para a propagação do uso racional, Mastroianni et al. (2011) destaca que as equipes de saúde da família têm um importante papel, podendo promover, além do uso racional, melhoria na qualidade do serviço de saúde ofertado à comunidade, onde essa atenção deve ser sustentada por toda a equipe, desde o médico que prescreve aos agentes de saúde que podem observar e relatar o que é visto na comunidade, no que condiz à aplicação das práticas de saúde orientadas pelo serviço.

1.4. A Atenção Básica enquanto estratégia de saúde

De acordo com Gil (2006), em especial, após a década de 1990, o termo Atenção Básica vem sendo utilizado de forma cada vez mais frequente para se referir aos serviços de saúde ofertados pelo município. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família se constitui como principal estratégia, porém, mesmo com a sua expansão no decorrer dos últimos anos, complicações são encontradas nesse processo que dificultam a consolidação desse sistema nos grandes centros urbanos.

A Atenção Básica é regulamentada pela portaria nº 2.488 de outubro de 2011, que dispõe de uma série de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para as Equipes de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica deve ser referência no contato preferencial para os sujeitos que assim necessitam e procuram atendimento de saúde. Estabelece-se como porta de entrada para o acesso à Rede de Atenção à Saúde, tendo como base os princípios da universalidade, acessibilidade,

vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social, princípios esses doutrinários que regem o SUS (Sistema Único de Saúde). Com isso, constitui-se como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Para o desenvolvimento de suas ações, a Atenção Básica conta com o trabalho em equipe das Equipes de Saúde da Família, Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Consultório de Rua, que buscam contemplar as populações nos seus territórios, tendo as Unidades de Saúde da Família como lugar prioritário para a realização de suas ações. Com isso, o serviço promove a descentralização do cuidado, procurando exercer práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, onde a demanda por necessidade de saúde e o sofrimento apresentados por essa população sejam devidamente acolhidos por esse espaço, que deve considerar “o sujeito em sua singularidade e inserção cultural” (BRASIL, 2012, p.20).

No que tange às ações voltadas para o atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, não foi identificada, na leitura da cartilha que discorre sobre a Política Nacional de Atenção Básica, orientações que correspondam ao acolhimento, atendimento e recepção a esses sujeitos nas Unidades de Saúde da Família, que, por sua vez, devem se apresentar como porta de entrada e acesso à Rede de Atenção à Saúde. Fato esse que fortalece a falta de cuidado e preparo para lidar com a demanda de saúde mental, que comumente tem seu atendimento negligenciado, quando esta, por direito, solicita o serviço.

Vale dizer que as equipes que compõe a Atenção Básica em sua rotina de atendimento, constantemente, defrontam-se com demandas de saúde mental, precisando se colocar disponíveis para esse atendimento e à realização de ações voltadas para essa demanda, o que leva a perceber a necessidade da integralidade entre esses serviços e o trabalho em rede (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os dispositivos da Atenção Básica, frequentemente, apresentam dificuldades para realizar o acolhimento a essa demanda, seja por falta de recursos humanos seja por falta de capacitação, o que acaba impedindo a realização de um atendimento eficaz voltado para as especificidades que

estão presentes nessa demanda. Por isso, faz-se necessário e urgente a implantação de “políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica”, estabelecendo, assim, “diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental” (BRASIL, 2004, p.79).

A Atenção Básica, ao se apropriar desse compromisso, assume a responsabilização pela produção de saúde, o estabelecimento e aplicação de práticas eficazes, colocando em exercício os princípios doutrinários que regem o SUS, de equidade e integralidade (BRASIL, 2004). Desse modo, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.80), quando a responsabilização passa a ser compartilhada, conseqüentemente, se “exclui a lógica do encaminhamento” e, em vista disso, cresce “a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local”.

Contudo, o que ocorre, geralmente, é a transferência de responsabilização para os serviços especializados como os CAPs (Centro de Atenção Psicossocial). Tal característica também é encontrada no estudo sobre a avaliação da Atenção Básica de Onocko-Campos et al. (2012), que ressalta que os sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares se sentem mais acolhidos no CAPs.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.25), a Atenção Básica deve estar articulada com os CAPs de modo permanente, uma vez que as Equipes de Saúde da Família possuem a “responsabilidade pela atenção à saúde da população” do território onde estão inseridas. E, por conseguinte, aos CAPs cabe a tarefa de acompanhar, capacitar e oferecer suporte para o trabalho das equipes da Atenção Básica, para que elas possam lidar com a demanda de saúde mental que, frequentemente, procura atendimento junto às unidades de saúde da família.

Para o Ministério da Saúde, essa articulação entre os CAPs e a Atenção Básica significa:

Conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004, p.25).

No entanto, apesar dessa articulação se constituir como fator imprescindível para o campo da saúde mental, há no Brasil municípios que não contam com dispositivos como os CAPs, contando apenas com a atenção à saúde mental realizada pela Atenção Básica. Nesse sentido, municípios com uma população inferior a 20 mil habitantes, por exemplo, não possuem CAPs, delegando à Atenção Básica a articulação e estruturação dos cuidados relacionados à saúde mental (BRASIL, 2004). Entretanto, “para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na Atenção Básica, é fundamental a capacitação destas equipes” (BRASIL, 2004, p.82).

Assim, percebe-se que houve a expansão da Atenção Básica no Brasil, por conseguinte, o acesso às práticas de cuidado foi facilitado à população, todavia, faz-se pertinente destacar que tais práticas predominantes nesse serviço ainda têm como fundamento básico o saber biomédico que, por sua vez, fragmenta o sujeito, atua na perspectiva de profissionais cada vez mais especialistas, fortalecendo, desse modo, o processo da medicalização e contribuindo para a fragilidade do cuidado e, consequentemente, da saúde pública (TESSER, 2010).

E “o que a medicalização tem a ver com a Saúde Coletiva, o SUS, a gestão dos serviços, as práticas de cuidado e a promoção da saúde? Exatamente tudo!” (TESSER, 2010, p.14). De acordo com o autor, a ação dos profissionais de saúde, em especial, a ação médica, tem sido, comumente, medicalizante, se constituindo em um desafio para a Atenção Básica enquanto serviço organizado (ao menos teoricamente), no sentido de promover a desconstrução de práticas que fortalecem o processo de medicalização.

Com isso, urge a necessidade de se investir no trabalho com as Equipes de Saúde da Família a partir do estabelecimento de estratégias que possibilitem a discussão sobre a medicalização e a reorganização de suas práticas, visando práticas como: a abertura dos profissionais para acolher o sujeito que ali se apresenta e o fortalecimento do trabalho em equipe que valorize a atuação profissional multidisciplinar e diminua a distância entre as profissões.

Tesser (2010) ressalta que o SUS, com base nas práticas medicalizantes, pode ser visto, em muitos casos, como um agente financiador de tecnologia biomédica para consumidores que não têm recursos para consumir tais serviços. Isso acontece quando os seus serviços são regidos pelo saber biomédico e, como consequência, ocorre não apenas o financiamento dessas práticas como também a homogeneização do sujeito, isto é, o estabelecimento de práticas que não levam em conta a singularidade do sujeito, sua história de vida e o contexto sociocultural em que se encontra inserido.

Nesse sentido, as ações da Atenção Básica, com base na atuação das Equipes de Saúde da Família, se constituem como “uma faca de dois gumes”, pois, ao mesmo tempo em que se caracterizam como uma oportunidade para a reorientação de práticas e saberes que possam enfraquecer o processo da medicalização, se constituem como uma “força medicalizadora poderosa” (TESSER, 2010, p.71).

Segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2010), no início de sua criação, em 1994, o Programa de Saúde da Família, sob influência do surgimento da Saúde Coletiva no Brasil e da Promoção à Saúde no Canadá, tinha por objetivo ultrapassar a perspectiva medicalizante, adotando uma nova concepção de fazer saúde com base na prevenção à doença e promoção à saúde, na intersetorialidade, nas intervenções no território e na abordagem com família e a comunidade. Contudo, não houve a reestruturação do serviço, investimento na formação dos profissionais que fazem parte do quadro (médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários, entre outros) e subsídios que pudessem favorecer a reformulação do serviço.

No que se refere ao trato do cuidado dispensado à saúde mental, não é diferente. A OMS (2011) destaca que a maioria dos médicos e enfermeiros dos serviços de Atenção Básica não recebem treinamento para acolher a demanda de saúde mental que procura o serviço, dispondo apenas de manuais oficialmente aprovados para a gestão e tratamento desses sujeitos, os quais, geralmente, são encaminhados para serviços de atenção secundária e/ou terciária se existir. Vale ressaltar que tal treinamento, apesar de não obrigatório, seria uma forma de melhor preparar os profissionais da Atenção Básica para receberem essa demanda.

Nesse contexto, ressalta ainda que, no Brasil, a partir de regulamentos nas políticas públicas de saúde, os médicos dos serviços de Atenção Básica estão autorizados a prescrever e/ou continuar a prescrição de medicamentos psicotrópicos, mesmo sem ter passado por nenhum tipo de capacitação. Todavia, essa autorização se limita apenas aos profissionais médicos da equipe de atenção básica, não autorizando enfermeiros na realização de diagnósticos e tratamento de transtornos mentais, assim como a prescrição e/ou continuidade da liberação de psicotrópico (OMS, 2011).

Como citam Mastroianni et al. (2011), o que se espera da Atenção Básica, a partir da atuação das Equipes de Saúde da Família, é que se possa identificar e prevenir os resultados negativos ligados aos processos que envolvem o fazer saúde com base no modelo biomédico, a redução dos gastos de atenção à saúde pelo uso inadequado de recursos e a orientação e suporte às famílias atendidas.

Contudo, o que se observa é que a realidade não anda convergindo com o que se propõe teoricamente para esse espaço de cuidado, que compõe as ações da Atenção Básica. Assim, como destaca Gil (2006), tal fato constitui-se em um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que crescem, desvelam suas fragilidades envolvidas no próprio processo de mudança, como: a rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva e grande dependência dos serviços secundários. Com isso, apontando para a urgente necessidade de discussão sobre as práticas de saúde há muito arraigadas e ofertadas à população.

II. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

II.1. Aspectos Metodológicos

O caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento do trabalho teve como base os princípios da pesquisa qualitativa. De acordo com Godoy (1995), esse modo de investigação possui características essenciais como: o ambiente natural como fonte direta de coleta dos dados, o pesquisador como instrumento fundamental, além de possuir um caráter descritivo, no qual a palavra escrita, nesse contexto, ocupa posição de destaque, pois as anotações coletadas permitirão ao pesquisador observar e compreender o fenômeno pesquisado de uma forma mais ampla, isto é, levando em conta os dados da realidade que ali se apresentam.

Para a investigação do fenômeno, adotou-se o estudo de caso como modalidade de pesquisa, uma vez que, segundo Ventura (2007, p.384), a partir dessa estratégia de pesquisa pode-se adquirir conhecimento sobre o “fenômeno estudado com a exploração intensa de um único caso”, em que o fenômeno é estudado em profundidade, dentro de um período de tempo determinado.

Desse modo, Ventura (2007) salienta que o estudo de caso, ao mesmo tempo em que apresenta aspectos semelhantes a outros casos, destaca-se por suas particularidades, revelando-se a partir de diversas fontes de informações que aos poucos vai ganhando forma e consistência, caracterizando-se enquanto objeto de estudo a ser analisado.

II.1.1. Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Ana Mayanard Marciel, mais conhecida como posto de saúde Sinhazinha, no município de Aracaju – SE, referência em saúde mental e distribuição de medicamentos psicotrópicos. A unidade está entre as cinco USF referência em saúde mental do município. A referência, segundo os funcionários da unidade, perpassa pelo fato do serviço dispor de atendimentos com profissionais da área de saúde mental, como psiquiatras e psicólogo.

A unidade foi fundada em 1986 como Centro de Saúde Ana Mayanard Marciel¹, com ofertas de serviços exclusivamente curativos. Após a implantação do Programa Saúde da Família, o serviço passou a ser denominado Unidade de Saúde da Família Ana

¹ Informação obtida na placa de fundação fixada na unidade de saúde.

Mayanard Marciel, se caracterizando como porta de entrada para os serviços de saúde, com a abordagem de suas práticas voltada para o acolhimento, promoção e prevenção à saúde do usuário.

O nome da unidade foi dado em homenagem à filha do doador do terreno – Dona Sinhazinha, como era conhecida – Leandro Mayanard Marciel, político ilustre, filho de Sergipe, nascido em Rosário do Catete, que exerceu cargos públicos de deputado, senador e governador do estado de Sergipe.

Segundo o atual gerente da USF, o terreno foi doado para a construção de uma Casa de Repouso, local afastado do centro cidade, que serviria para o acolhimento de pessoas doentes devido a um surto de gripe que houve por volta das décadas de 1940 e 1950. Na época houve também um surto de calazar (Leishmaniose Visceral) e os doentes eram encaminhados para essa Casa de Repouso, com o objetivo de afastá-los, isolá-los do resto da população, evitando, assim, o contágio.

Em relação a essa informação, não foram encontrados registros oficiais que ratificassem esses surtos nesse período, contudo, Aracaju no início de sua formação sempre foi uma cidade que, com frequência, contava com surtos de febre, como destaca Antonio S. Santana (1997) em sua dissertação “As febres do Aracaju: dos miasmas aos micróbios”, onde relata sobre as condições de saúde pública em Aracaju na época do Império até a República.

Em consonância, foram encontrados artigos em blogs como: “Em defesa de causas perdidas” do Prof. Dr. Antonio Samorone (professor do Departamento de Medicina da UFS); e Educação e História, do Prof. Dr. Jorge Carvalho do Nascimento (Secretário de Estado da Educação e professor aposentado do Departamento de História da UFS); que trazem um levantamento sobre a história da saúde e da medicina em Sergipe, e confirmam a veracidade da informação em relação à epidemia de gripe que houve em Aracaju, ocasionando a morte de centena de pessoas, porém, divergem quanto ao tempo, as informações trazidas por esses professores destacam as décadas de 1910 e 1920, como período em que ocorreu o maior surto da gripe de Aracaju.

Em relação ao surto de calazar, foram encontrados registros da doença em Aracaju, no estudo de Oliveira (2012) *Avaliação espaço – temporal da leishmaniose visceral canina em Aracaju/SE*, a partir da década de 1930, 1940 e 1950, períodos estes de maior incidência da doença. Todavia a autora não cita a palavra surto, mas faz referência ao crescimento do número de casos registrados na cidade como um dado

importante e que merecia atenção das autoridades, por se tratar de um problema de saúde pública.

Em 2005, o dispositivo de saúde passou por uma reforma e ampliação, sendo inserido o horário estendido para atendimento. Geralmente, o horário de funcionamento comum de uma USF é de 07h às 17h, com a ampliação do horário o serviço passou a funcionar até as 20h, de segunda a sexta. Esse horário estendido era cumprido por outra equipe de saúde não classificada como Equipe de Saúde da Família (ESF).

Todavia, devido às greves constantes dos profissionais de saúde (por falta de pagamento salarial), em especial, da equipe médica, no segundo semestre de 2016, esse horário foi extinto, e a unidade voltou a funcionar de segunda a sexta-feira, de 07 às 17hs.

Na unidade também funciona um grupo de idosos, o “De Bem com a Vida”, que tem por volta de dez (10) anos. O grupo se reúne às terças e quintas-feiras, no início da manhã (7:30), para a realização de atividades físicas. Às terças após a atividade física, o grupo tem aula de artesanato (9h às 11h). São em torno de 50 (cinquenta) usuários que compõe o De Bem com a Vida, porém, o grupo que participa do artesanato é reduzido quase pela metade. A responsável pelo grupo é uma assistente social, que se encontra afastada na unidade, em licença prêmio.

O grupo produz bonecas de pano, caixinhas de madeira, fazem crochê, pintura em panos para cozinha, toalhas; trabalham de forma coletiva, compartilhando o conhecimento entre seus integrantes. Estes têm o grupo como uma estratégia terapêutica, onde “ocupam a mente”, segundo os participantes, através de encontros que promovem momentos de socialização, descontração e fonte de renda.

O Sinhazinha conta com 2 (duas) Equipes de Saúde da Família, além de funcionários terceirizados que foram admitidos como apoio administrativo e exercem funções como: recepcionista; auxiliar de médico, de farmácia e gerência; vigilante e serviços gerais, totalizando um número de 11 (onze) profissionais terceirizados.

No quadro de funcionários, encontram-se profissionais contratados pela gestão municipal como: 2 (dois) farmacêuticos, 4 (quatro) médicos (1 clínico geral, 2 psiquiatras, 1 ginecologista), 1 (uma) enfermeira e 2 (dois) técnico de enfermagem.

O dispositivo também conta com profissionais efetivos e que, independente da gestão, irão permanecer no cargo, como os dois médicos do Programa Saúde da Família, a Equipe de Saúde Bucal, grande parte da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) e os agentes comunitários.

O serviço, atualmente, é administrado por um gerente (cargo comissionado, ou seja, cargo de confiança), este com poucos meses no exercício dessa função. Vale ressaltar que desde os primeiros contatos (julho/2016 a janeiro/2017) da pesquisadora com o campo da pesquisa mais de três pessoas exerceram essa função.

No que tange à estrutura física, a USF conta com uma sala de vacina, uma recepção, um dispensatório (farmácia), uma sala para a administração, uma sala para curativo, uma sala de observação, um banheiro para funcionários, uma sala para a Equipe de Saúde Bucal, um banheiro masculino e outro feminino para os usuários, uma copa, um Almoxarifado, uma sala de arquivo, uma sala de Expurgo, uma sala de esterilização, uma sala de reuniões, uma de nebulização, duas salas de Acolhimento (uma serve de consultório médico e a outra para a enfermagem realizar o acolhimento) e 10 (dez) salas para consultórios.

O Sinhazinha – como é chamado – está localizado na terceira região de saúde (a cidade de Aracaju está dividida em oito regiões de saúde), zona sul do município, em um bairro, atualmente, considerado de classe média/alta. Entretanto, até meados do século XX, a população que ali residia fazia parte de uma classe social de renda baixa, com poucos recursos.

Os bairros que fazem parte do território do Sinhazinha são: Pereira Lobo, Luzia, Grageru, Salgado Filho, Leite Neto e Suíssa. Porém, os bairros que realmente recebem assistência são Grageru e Salgado Filho (assistido por uma das ESF), Luzia e Leite Neto (assistido pela segunda ESF). Segundo um dos profissionais de uma das ESF, dez por cento (10%) do total de usuários referenciados pela unidade recebem assistência, os outros pacientes, que ficam desassistidos (90%), são encaminhados para o médico do ambulatório, não tendo o acompanhamento que deveriam. Tal divisão do território é estabelecida pela prefeitura, e não pelos profissionais do serviço, como afirma a enfermeira técnica responsável pela unidade.

A prefeitura que fez, não é a gente que faz essa delimitação não, a prefeitura que já faz e diz: equipe tal vai ficar com bairro tal, família tal, são tantas famílias [...] Então, a gente sabe que só deu 10% da área de abrangência, porque se você for no arquivo, você vai ver que têm mais de 100 mil pessoas cadastrada com o prontuário (Enfermeira).

O Luzia é um bairro que, por volta de 1870, era formado por sítios. Em 1900 alguns desses sítios passaram a ser loteados e vendidos a imigrantes da época, recém-chegados à cidade. O bairro era cercado por brejos e dunas, sendo batizado de povoado Santa Luzia, seu acesso era difícil, e era considerado uma localidade isolada do restante

da cidade. Então, a partir do ano de 1960, foram abertas novas vias de acesso, após a implantação do Distrito Industrial de Aracaju, uma dessas vias é a Hermes Fontes, uma das mais importantes vias de acesso da cidade (WIKIPÉDIA). Embora essas informações tenham sido coletadas em um sítio de domínio aberto na internet, elas foram confirmadas por uma usuária da unidade, moradora do bairro, e cujos pais eram donos de um sítio nessa região naquele período.

Outro bairro com uma história interessante e que faz parte da cobertura do Sinhazinha é o Suíssa. É um bairro que recebe esse nome por ser formado por dunas, sendo inicialmente ocupado pela população pobre e marginalizada, que era proibida de ocupar o centro da cidade. Contudo, a partir da década de 1950, o Exército Brasileiro adquire terrenos nesse bairro e constrói a Villa Militar para servidores de média e alta patente. Novas vias de acesso são construídas, ligando o bairro às vias importantes, como a avenida Desembargador Maynard. Assim, o bairro passou a possuir uma população mista, na baixada ocupada pelos militares, onde se estabeleceu uma população de classe média, e nas partes mais elevadas, uma população de renda baixa, descendentes dos antigos moradores pobres e marginalizados (WIKIPÉDIA).

Pouco foi encontrado sobre os bairros Pereira Lobo, Salgado Filho e Grageru. O Pereira Lobo era uma grande área de pântano, passando a ser povoada a partir da década de 1960, depois de obras de aterramento e canalização, atualmente, predomina, nesse espaço, uma população de classe média (WIKIPÉDIA).

O Salgado Filho é um bairro de classe média/alta, inicialmente formado por um terreno arenoso e pantanoso, por ser comum na época carros de boi atolarem ou quebrarem em certa extensão do bairro, este pedaço passou a ser chamado de Carro Quebrado. Após a década de 1950, seu nome mudou para Salgado Filho, em homenagem ao político gaúcho Joaquim Pedro Salgado Filho. O bairro teve urbanização intensificada somente por volta da década de 1970, com a abertura de novas vias como: a Avenida Francisco Porto e o prolongamento da Avenida Hermes Fontes.

Vale destacar que o Salgado Filho fazia parte do território do bairro Grageru, sendo desmembrado pelo então prefeito da época, Jorge Campo Maynard (lei 41/1953). Em relação ao Grageru, sabe-se que é um bairro de classe média/alta, assim como o Salgado Filho, seu antigo território, e que possui uma população de mais de 17 mil habitantes. Ressalta-se que essas informações apesar de terem sido extraídas de um fonte não científica, como a Wikipédia, muitas delas foram corroboradas pelo gerente e usuários da unidade de saúde.

Segundo o atual gerente do Sinhazinha, como constituição desse cenário, encontra-se o conjunto habitacional Leite Neto, onde a população podia ser classificada como sendo de classe social baixa. As pessoas que moravam no Leite Neto eram sujeitos que haviam recebido casas populares do governo, possuíam uma renda baixa, e mesmo recebendo essas casas, elas não queriam morar nesse lugar, pois o solo dessa região era bastante arenoso.

As pessoas, que a princípio se aglomeravam nessa região, foram atraídas pela instalação do Distrito Industrial, onde a maioria trabalhava. Entretanto, como a região em torno do Sinhazinha passou por processos significativos de desenvolvimento urbano, as pessoas, que inicialmente constituíram esse lugar, foram sendo “expulsas” com a valorização da região, indo em busca de lugares mais acessíveis financeiramente para viver. Como coloca o gerente do serviço:

Como Aracaju cresce sentido Norte-Sul, então, essa região passou a ser valorizada com a inauguração do primeiro shopping da cidade “O Riomar”. Logo após, houve a inauguração do Shopping “Jardins”, construído dentro desse território e, com isso, a transformação da região, mudando o contexto socioeconômico, as residências e os sujeitos que residiam nesse espaço. Assim, o Sinhazinha passou a atender não apenas a população de classe social baixa, que ainda permanecia no local, como também, passa a ser referência para famílias de classe média/alta.

Pra se ter uma ideia, os imóveis, que antes custavam vinte mil (20 mil), passaram a custar duzentos mil (200 mil), um aumento de dez vezes em cima do preço original, pois todos queriam morar próximo ao shopping, aumentando a procura pelos imóveis, fazendo, assim, com que houvesse um crescimento vertical da região para suprir a grande demanda existente.

A esse aspecto dá-se o nome de gentrificação, no qual, segundo Mendes (2014), se constitui em um processo de substituição social, em que grupos com um poder aquisitivo mais elevado vão se apropriado de espaços, inicialmente desvalorizados, e se fixando nessas regiões, obrigando, assim, a população nativa, que já não tem mais recursos para se manter nesses locais, a migrarem para outros espaços.

A maioria das informações coletadas sobre a transformação do território, que hoje a USF está inserida, foram coletadas a partir da narrativa do atual gerente da unidade, que além do serviço prestado no Sinhazinha, também é professor universitário de história, o que contribuiu, significativamente, para o conhecimento da história desse território. Vale salientar que não foi encontrado nenhum documento oficial em que

esteja registrado a história da unidade de saúde, dificultando assim, o trabalho de investigação sobre a caracterização do cenário da pesquisa.

De acordo com a antiga gerente da unidade, esses documentos se encontram localizados em um arquivo-morto fora do serviço, isso, segundo ela, aconteceu por falta de espaço físico que a unidade não dispõe para armazenar muitos arquivos, ficando apenas os documentos necessários para uso cotidiano. Contudo, esse outro lugar fora da unidade não foi encontrado. A Secretaria de Saúde, instância que controla a USF, nada sabe a respeito desses dados.

Como em todo estudo de caso o objeto estudado, apesar de permitir generalizações, apresenta singularidades que o define e o diferencia do todo, com o Sinhazinha, não poderia ser diferente. De acordo com todos os profissionais que fazem parte desse serviço, a unidade se destaca por atender não apenas o seu território de abrangência, mas também a Grande Aracaju e Região Metropolitana. Todos procuram atendimento nesse território, mesmo tendo outras unidades mais próximas de suas residências.

Para os usuários, eles procuram o Sinhazinha porque se no “Sinhazinha não tem” o que eles procuram (medicamento, atendimento médico, vacina) em nenhuma outra unidade eles vão encontrar. Fato que os próprios funcionários tentam, sem sucesso, desconstruir, pois, segundo os funcionários, pela demanda do serviço ser muito grande, a probabilidade de faltar medicamento, material para procedimento, vacina é muito maior do que em outras unidades, que têm seu atendimento reduzido.

Os profissionais ressaltam ainda que, muitas vezes, falta recurso na unidade, enquanto que em outra de menor porte, mais próxima dos usuários, o recurso se encontra lá, isso acontece porque o usuário (que não é referenciado no Sinhazinha, mas que frequenta o serviço) não tem o costume de ir a sua unidade.

Segundo os profissionais, outro fato que faz do serviço uma unidade singular, é o fato de ser “zona de passagem”, ou seja, por estar localizada na Avenida Hermes Fontes, uma das principais, pois corta a cidade sentido norte e sul; e por ter ponto de ônibus ao lado, isso faz com que todos venham para serem atendidos aqui.

Como explica o gerente, os usuários de baixa renda, por não terem muitos recursos, não querem arriscar ir a outro serviço, chegar lá e não serem atendidos e/ou não ter o medicamento que precisam, uma vez que não têm dinheiro para o transporte. Então, como imaginam que no Sinhazinha sempre tem, se dirigem primeiro a essa unidade, antes de procurar atendimento em outro lugar.

no começo do ano, da gestão de X, ele pediu, ele solicitou, ele queria saber quanto de medicação mandar pra cada posto. Então, ele queria saber quantos hipertensos, quantos diabéticos, só que no Sinhazinha não funcionou assim, porque vêm todo mundo. Os outros postos pode até funcionar, mas aqui não funcionou, porque se a gente pedia 100, a farmácia dispensava 200 (Enfermeira).

Quando perguntada sobre os motivos que levam a população, mesmo que de regiões não adscritas, a buscar maciçamente esta unidade de saúde, como agência de tratamento, ela responde:

Porque o acesso é fácil. O ônibus para aqui, vem pro shopping, vem aqui, vem passear para aqui, “tô passeando, tô na casa de fulano”, vem aqui. A gente já fez uma enquete pra saber por que, se o seu posto tem, por que vem tomar vacina aqui? Pronto. A vacina é porta aberta. Vacina, curativo, injeção é porta aberta. Aí quer dizer: por que você vem tomar vacina no Sinhazinha? “ah... porque eu tava na casa de fulano, porque eu trabalho aqui perto” (Enfermeira).

Essa realidade do Sinhazinha é conhecida por todos os órgãos municipais que dão suporte à unidade, como coloca uma funcionária:

No almoxarifado, que faz a separação para a distribuição do medicamento para os postos, se tem um medicamento em pouca quantidade, mandam tudo para o Sinhazinha, porque sabe que aqui a demanda é maior” (Atendente de farmácia).

Desse modo, a partir de retalhos de falas, dados encontrados na internet, foi-se costurando e dando forma a caracterização do campo, embora, sabe-se que essas informações são apenas pequenos trechos da história, pouco contada, do Sinhazinha.

II.1.2. População da pesquisa

Os interlocutores do estudo foram os usuários que utilizam o serviço da unidade básica de saúde da família e que fazem uso de medicamento psicotrópico, seus familiares e profissionais que compõe o cenário da pesquisa.

Para participação na pesquisa os critérios de inclusão foram: os sujeitos que utilizam o serviço de saúde, que fazem uso de medicamento psicotrópico e que estavam estabilizados e cômicos à responderem por seus atos; familiares de usuários de medicamento psicotrópico e profissionais inseridos nesse serviço. Como critérios de exclusão destacam-se: os sujeitos que não tinham interesse em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão estão pautados na nova política de saúde mental, reformulada a partir da Reforma Psiquiátrica, em que, de acordo com Tavares e Souza

(2009), o sujeito que faz uso de medicação psicotrópica não é mais visto como um ser assujeitado, sem condições de escolha e nem poder de decisão, esta era uma visão predominante no século XIX, que regia o modelo de atenção à saúde mental da época, e que não se aplica no contexto contemporâneo.

Com isso, foram coletadas narrativas de: 2 (dois) médicos da ESF, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo, 1 (uma) enfermeira, 2 (dois) farmacêuticos, 1 (um) agente comunitário, 1 (um) atendente de farmácia, 6 (seis) usuários, 2 (dois) familiares, além do gerente da unidade, totalizando 18 sujeitos participantes – 10 (dez) profissionais, 6 (seis) usuários e 2 (dois) familiares. Destaca-se que a participação, desses sujeitos, aconteceu de forma voluntária.

Dos profissionais que foram convidados para participar da pesquisa, apenas um se recusou, um dos psiquiatras, justificando que não tinha como ajudar, pois havia muitos pacientes aguardando atendimento.

A participação dos usuários e familiares se deu de forma espontânea, geralmente, nas salas de espera, onde todos os convidados aceitaram participar. A seleção para participação foi feita a partir do interesse em contribuir para o estudo. Com isso, nos momentos de diálogos (entre a pesquisadora e os interlocutores), estabelecidos nesse espaço, a pesquisadora apresentava a pesquisa e fazia o convite aos usuários e familiares.

Desse modo, na apresentação e discussão dos resultados os sujeitos da pesquisa foram divididos em categorias como: Gerente, Enfermeira, Médico 1, Médico 2, Psiquiatra, Psicólogo, Agente de saúde (ACS), Farmacêutico 1, Farmacêutico 2, Atendente de farmácia; Usuário 1, 2,3,4, 5 e 6; Familiar 1 e 2. Os familiares que se dispuseram a participar da pesquisa foram duas mães de usuários de medicamento psicotrópico, que tinham ido à unidade de saúde buscar medicamento para os seus filhos (jovens adultos), cujos diagnósticos eram de esquizofrenia.

II.1.3. Coleta e Análise/Processamento da Matéria-Prima

A pesquisa foi apresentada inicialmente ao responsável pelo dispositivo de saúde pela pesquisadora. Após seu consentimento, para a inserção no serviço, e aprovação do projeto no comitê de ética, deu-se a entrada no campo para o desenvolvimento do estudo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a narrativa que, de acordo com Dutra (2002), tem sido bastante utilizada nos meios acadêmicos como forma de pesquisa, sendo definida como uma experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte, que por sua vez conta o que ouviu, transformando-se em narrador. É um método que permite ao pesquisador se aproximar da experiência tal como ela é vivida pelo narrador (os interlocutores da pesquisa), mantendo os valores, impressões e percepções presentes na experiência narrada, presentes na história do sujeito e transmitida naquele momento para o pesquisador.

Para Brockmeier e Harré (2003), o interesse pelo estudo das narrativas nas ciências humanas teve impulso na década de 1980, se caracterizando como critério (linguístico, psicológico, cultural e filosófico) fundamental para a explicação da natureza e das condições da existência humana. E, com isso, crescendo em importância, abrindo possibilidades para a criação de novos paradigmas no campo das ciências.

Os autores citam que é, sobretudo, por meio da narrativa que se tem a oportunidade de entender os mais diversificados e diferenciados contextos da complexa existência humana, por se constituir como uma estrutura aberta e flexível, que permite ao pesquisador analisar com precisão aspectos básicos dessa complexa existência, que, geralmente, não são levados em conta pela ciência.

Onocko-Campos et al. (2013b, p.2848) ressaltam que muitos estudos têm destacado a narrativa como “uma ferramenta essencial na construção de significados para a existência humana e demonstram a importância do seu uso como forma de descrever experiências vividas, especialmente em relação ao adoecimento”.

Diante disso, Onocko-Campos e Furtado (2008) trazem algumas concepções de teóricos a respeito da narrativa: para Ricoeur a narrativa se constitui como um processo mediador entre a experiência viva e o discurso; Burke atribui a narrativa como mediação entre estrutura (as instituições, os modos de pensar, que podem retardar ou acelerar os acontecimentos) e acontecimento; Guimarães e Leal colocam que a narrativa é mediação entre indivíduo e sociedade, se constituindo como “um dispositivo poroso da interlocução” (p.1093); e por fim, Kristeva destaca que a narrativa é um processo fundamentado na ação e na palavra, na qual uma nunca pode aparecer sem a outra.

Desse modo, Dutra (2002) aponta que a narrativa não se limita a uma lembrança acabada de uma experiência, ela se constitui como uma reconstrução da experiência na medida em que a mesma é narrada.

Outra técnica adotada para a colheita de dados foi a elaboração de diários de campo que, como citam Barros e Kastrup (2009), é uma prática de grande valor para a pesquisa, pois essas anotações contribuirão para a produção de dados, e têm a função de transformar o que é vivido e frases colhidas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer, havendo, assim, uma transformação da experiência em conhecimento e conhecimento em experiência.

Como afirmam Barros e Kastrup (2009), os diários de campo aparentemente se caracterizam como um processo individual, no entanto, aos poucos, vão revelando claramente sua dimensão coletiva, quando no texto se faz menção às cenas, falas e diálogos que emergem da imersão do pesquisador no campo. Assim, o diário de campo foi uma estratégia fundamental para a circunscrição dos resultados da pesquisa, pois contou com uma escrita firmada na experiência.

Com isso, foram feitas anotações, a partir da entrada em campo, nos diários de campo, gravações das narrativas e narrativas escritas dos participantes da pesquisa, uma vez que, a pedido dos interlocutores, algumas narrativas não foram gravadas.

Ao final da coleta de dados, que aconteceu no período de outubro/2016 a janeiro/2017, foi feita a transcrição do material gravado (pela pesquisadora) e a sistematização dos diários de campo, destacando os registros pertinentes à questão de pesquisa durante a imersão em campo. Nesse sentido, a coleta de dados foi acontecendo no contexto dos encontros da pesquisadora com os interlocutores da pesquisa.

No que tange às narrativas, antes de iniciar a gravação, foi solicitado aos interlocutores, quando estes eram os usuários, *que falassem sobre a sua concepção a respeito do uso do medicamento psicotrópico no seu processo de cuidado, procurando narrar a sua experiência com a medicação*. Quando os interlocutores eram os familiares, foi solicitado que *contassem sobre a sua visão a respeito do medicamento psicotrópico no processo de cuidado do seu parente*. E aos profissionais de saúde, foi solicitado que falassem um pouco sobre a sua *concepção a respeito desse tipo de medicamento*.

Nesse processo, a pesquisadora procurou ter o cuidado de escutar, interferindo o mínimo possível, sobre o que se estava ouvindo, pois não era objetivo da pesquisa estabelecer algum tipo de interrogatório, nem tampouco atribuir juízo de valor à utilização e prescrição dos medicamentos psicotrópicos.

Dessa maneira, a análise dos dados foi realizada a partir da interlocução das narrativas e dos diários de campo da pesquisadora (construídos no período de imersão).

Foi feita a leitura/releitura da matéria-prima produzida nesse período, destacando os dados e pontos fundamentais que parecem responder à questão de pesquisa, e que foram ganhando forma a partir desses encontros e produções. Desse modo, o viés analítico pode ser entendido como uma hermenêutica baseada na “teoria da medicalização” e em preceitos do SUS para a Atenção Básica.

Vale ressaltar que no encontro da pesquisadora com o cenário da pesquisa e, conseqüentemente, com os interlocutores não foi atribuído juízo de valor a respeito do uso de medicamento psicotrópico, tampouco tomada alguma atitude que tenha acarretado mudança ou até mesmo uma interrupção do uso do medicamento pelo sujeito.

A pesquisadora, ao se inserir no campo da pesquisa, buscou ser cautelosa, para que o desenvolvimento da pesquisa não influenciasse na relação que os sujeitos possuem com o medicamento, uma vez que o objetivo do estudo está em conhecer a concepção que esses sujeitos possuem a respeito da medicação, e não em influenciá-los sobre a adoção ou abandono dos tipos de recursos terapêuticos existentes.

Faz-se pertinente destacar que tais medidas de cuidado foram necessárias para que os sujeitos não se sentissem questionados a respeito do uso da medicação ou compreendessem de forma distorcida o objetivo da pesquisa.

Contudo, nessas circunstâncias é preciso que a pesquisadora esteja consciente do seu papel e visão, pois ambos atravessam o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que, por mais precaução que se tenha em relação à escolha do método como instrumento que viabiliza a aplicação da pesquisa, o pesquisador sempre fará parte do que está sendo investigado, já que o olhar que se tem sobre o mundo é constituído por determinadas estruturas e dimensões humanas, as quais geralmente são negligenciadas pela ciência (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013b).

II.1.4. Aspectos Éticos

Os aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, foram respeitados, uma vez que na pesquisa houve a participação voluntária e direta de seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e liberado para aplicação sob o parecer 1666331. Cada participante recebeu

um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, tendo sido solicitada autorização da instituição para a realização da pesquisa.

Destaca-se que a pesquisa não ofereceu riscos à integridade física, moral, social e econômica dos participantes.

Desse modo, a confidencialidade e privacidade das informações colhidas foram e serão garantidas, bem como a proteção da imagem dos participantes. Os dados foram guardados em local seguro e a divulgação dos resultados foi feita de forma a não identificar os participantes. Vale ressaltar que os mesmos não receberam valor financeiro em troca de sua participação, podendo desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe trouxesse prejuízos ou penalidades.

II.2. Resultados da pesquisa

No contexto da USF Dona Sinhazinha, alguns dados foram encontrado, a partir das narrativas e diários de campo elaborados no período de imersão da pesquisadora no campo, que parecem responder a questão de pesquisa. A indagação da pesquisa consiste em conhecer a concepção de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico, no processo terapêutico, no contexto da Atenção Básica.

A partir dessa questão, assuntos relacionados ao tema foram emergindo no contexto das narrativas dos usuários, contribuindo para enriquecer a pesquisa. Para apresentação dos resultados, os dados foram organizados em duas categorias: a primeira diz respeito às concepções dos usuários, familiares e profissionais de saúde com relação ao uso do medicamento psicotrópico no processo terapêutico, no contexto da Atenção básica; a segunda destaca a USF enquanto unidade promotora de cuidado.

II.2.1. Concepções de usuários, familiares e profissionais de saúde a respeito do uso do medicamento psicotrópico no contexto da Atenção Básica

II.2.1.1. Concepção dos usuários

Os usuários, da unidade básica de saúde, ao serem indagados sobre a sua concepção a respeito do uso do medicamento psicotrópico, no seu processo de cuidado,

apresentaram dificuldades para relatar como eles percebem esse uso, reduzindo a sua concepção sobre o medicamento ao efeito que este tem sobre o corpo.

Eu realmente preciso, é só por precisão mesmo, porque por mim eu não tomava nenhum, não tomava nada, porque os efeitos colaterais, pelo menos dos outros foram muito fortes, esses como eu tou a pouco tempo, ainda não senti efeito colateral nenhum, nada, mas os outros eu ficava muito mal, então assim, em vez de melhorar tava piorando, só tendo efeito colateral, então eu vejo dessa forma, só como uma forma de melhora mesmo, por isso, em 2013 eu parei pra não dá continuidade, aí disseram que isso era errado que eu deveria ter ido pro psiquiatra, pra ele mesmo dá alta (Usuária 4).

Não gosto de tomar por conta dos efeitos colaterais: sonolência, baixa a pressão, mas tem que tomar (Usuária 2).

O problema do medicamento é que falta né?! (Usuária 5).

Nesse sentido, destaca-se que os efeitos colaterais, que os psicotrópicos provocam no sujeito, se constituem como fatores predominantes para abandono, pelo usuário, do tratamento medicamentoso, suspendendo o uso, por vezes, por conta própria, sem acompanhamento ou qualquer tipo de orientação médica.

Eu vim pra ela (médica do USF), porque ele (psiquiatra) passou muito Amitril. Teve uma vez que passou muito Amitril. Aí eu disse ohh doutora eu não tô tomando não. E ela passou dois, mas disse que na próxima consulta ia me encaminhar pra ele novamente, porque ele já tem que olhar e vê qual a medicação (Usuária1).

Os efeitos colaterais nem sempre são percebidos pelos usuários, deixando, assim, margem para identificar a visão acrítica que o usuário possui a respeito do uso do medicamento, desconhecendo, nesse contexto, a ação e finalidade do medicamento. Esse aspecto pode ser observado nas narrativas abaixo, quando é perguntado aos usuários se o medicamento apresentou algum efeito colateral:

Não. Eu só não podia dirigir, andar de bicicleta, tinha que sair com o filho, não podia sair só (Usuária 1).

Não. Assim, eu fico muito lerda, porque ele é pra acalmar né, aí eu fico muito, sabe, calma (Usuária 5).

Nesses casos, geralmente, os usuários apresentaram uma visão positiva do medicamento, atribuindo a melhora dos sintomas ao medicamento, e apesar de não terem sua rotina de volta, preferem continuar tomando a medicação a ter “crises”. Isto, como pode ser observado, se constitui como um dos aspectos que encaminha o sujeito para a dependência ao medicamento, em que tal situação é percebida não apenas nesse

cenário da USF, mas se constitui como uma realidade comumente encontrada na experiência dos usuários com o medicamento psicotrópico. Como relata uma agente de saúde (ACS) no fragmento:

O usuário veio pegar o medicamento, mas a farmácia já estava fechada, ele começou a ficar nervoso dizendo que iria entrar em crise se não pegasse. Começou a descrever todos os sintomas que iriam acontecer com ele caso não pegasse o medicamento: se debater, espumar a boca, disse que estava de moto e que poderia acontecer algum acidente, disse que só faltava um remédio para terminar a cartela e por isso precisava com urgência de outros, pois não poderia ficar sem a medicação (ACS).

Salienta-se também, nesse contexto, a relação de dependência que o usuário parece estabelecer com o medicamento. Como aponta o fragmento abaixo:

Encontrei com a usuária 1. Disse que com a greve dos médicos deu entrada duas vezes na emergência, pois estava sem a medicação. Está sem dormir, e como consequência surge a dor de cabeça. Está sem o clonazepam. Diz que fica ansiosa, não consegue dormir, vê o dia amanhecer, ouve vozes. Estava sem conseguir renovar a receita, que chegava na urgência e as pessoas a reconheciam, conta que já tinha virado “freguesa”, e pela falta do medicamento entra em crise (fragmento do diário de campo).

Os fragmentos denunciam não apenas a dependência do usuário com relação à medicação, mas o valor simbólico que o medicamento tem para o usuário.

Diante dos discursos, percebe-se que os usuários, ao contar sobre o início do uso do medicamento, apresentaram dificuldades para identificar a origem, a causa, ou seja, como foi que tudo começou. Como mostra o trecho abaixo:

Usuária conta que começou a fazer uso do medicamento psicotrópico devido ao parto da sua primogênita que foi muito difícil, pois sua pressão aumentou muito no final da gravidez, como não diminuía com o remédio para pressão, o médico indicou que ela usasse um psicotrópico. Nesse período seu pai veio a falecer, foi um evento que a deixou muito abalada, mas ela não associa esse episódio com as dificuldades que lhe apresentaram na gestação, como a pressão alta, e, posteriormente ao parto, a depressão. Traz a depressão como um evento dissociado, algo que lhe aconteceu, e acredita que as dificuldades no parto se deram exclusivamente por fatores orgânicos, no caso, a pressão alta (fragmento do diário de campo).

A partir das narrativas, observou-se que o tratamento, geralmente, se limita ao uso do medicamento, e que, ao reportar-se sobre o tratamento, o usuário o faz como sinônimo do uso de medicação.

Surge na fala dos usuários o uso abusivo que fazem ou já fizeram do medicamento. Ao se referirem ao uso abusivo, relaciona-o com a quantidade de medicamento utilizado, como aparece no exemplo:

Eu tava fazendo uso abusivo do medicamento, tomando tudo pra morrer e não morria, dormia, acordava, dormia de novo. Tomei vinte (20) comprimido de Rivotril de uma vez, dormi, acordei sem saber onde eu tava. Aí uma amiga minha me levou para o hospital (Usuária 4).

Nas falas de todos os usuários aparecem mudanças realizadas pelos médicos em relação à medicação, destacando motivos como: a não adaptação – por não fazer efeito –, à manifestação de muitos efeitos colaterais ou pelo uso excessivo do medicamento. Como mostra o depoimento:

O médico mudou, porque eu tomei dez (10) de vez, aí ele proibiu, eu tive que contar, e o médico suspendeu o remédio, e disse que não era mais pra eu tomar esse (o clonazepam) (usuária 5).

Usuários relataram que mesmo depois de várias mudanças do medicamento alguns sintomas ainda persistiam. Como nos casos abaixo:

Eu tou percebendo que eu tou dormindo bem, eu tou melhor das crises, eu tenho as crises, mas eu tou conseguindo me controlar, que antes eu não conseguia, eu tinha que ir para o hospital para me darem um remédio injetável para eu poder me controlar, porque eu sentia a garganta fechada, o coração disparar, medo, muito medo, chorava, ouvia vozes, via imagens, aí hoje eu tou tendo as crises, mas não assim tão fortes e também tou fazendo terapia por fora que está me ajudando muito a terapia (Usuária 4).

Quando eu tou ansiosa o remédio não faz efeito, é só eu me preocupar com alguma coisa eu não durmo, mesmo com o remédio (Usuária 2).

Em alguns discursos foram visíveis a desresponsabilização do sujeito frente à doença, ou seja, quando o sujeito atribui ao seu estado de saúde tudo que lhe acontece. Tais como os exemplos:

A usuária na sua narrativa diz o tempo todo que não acredita que tem depressão, contudo, quando começa a chorar contando sobre os seus sofrimentos, pede desculpas e diz que é porque ela tem depressão (fragmento do diário de campo).

Pela minha cabeça eu tou boa pra trabalhar, mas minhas pernas estão fracas, não dá mais pra trabalhar como doméstica (Usuária 2).

Usuária relata que a sua ansiedade não a deixa dormir. Atribui ao sistema nervoso a insônia, que já acostumou com a medicação. Ela não consegue identificar no seu contexto fatores que possam estar provocando a insônia (fragmento do diário de campo).

Usuária diz desaforos à atendente da farmácia, porque a atendente não viu o nome da última medicação prescrita na receita e justifica dizendo: “quando meus remédios me faltam fico assim” (fragmento do diário de campo).

A ansiedade que eu tenho, dá vontade de comer, fico ansiosa, e aí é que eu como, como, como, como... (Usuária 5).

Com base nas narrativas dos usuários, pôde-se observar, ainda, o poder do discurso médico sobre o processo de cuidado do sujeito, fazendo com que o tratamento, por vezes, se limite ao uso do medicamento. Como pode se observar abaixo:

Eu tomo insulina, omeprazol, metformina, losartana, tem mais é porque eu não lembro (Usuária 6).

Quando lhe foi perguntada sobre quais seriam esses medicamentos que ela faz uso, se entre eles havia algum “tarja preta, controlado”, como costumam chamar, ela responde:

Tomo, eu tomo aquele (não lembra), é um deles aí, aí eu tomo (Usuária 6).

Um amarelinho (usuária tentou falar o nome, mas não conseguiu) (Usuária 5).

O diálogo chama a atenção para o fato de que a usuária lembra-se de vários medicamentos dos quais faz uso diariamente como: para pressão, diabetes e problemas estomacais, mas não consegue falar sobre o medicamento que ela utiliza para poder “relaxar”, como ela destaca:

Assim, eu sofri um AVC, aí fiquei, não consigo dormir, relaxar, não é nem dormir, que dormir eu durmo o dia todo, graças a Deus, mas é relaxar...preciso relaxar, que a minha mente fica cansada, eu sinto muito cansaço” (Usuária 6).

Esse foi um aspecto comum encontrado entre os usuários do serviço, não apenas no discurso dos usuários que tiveram suas narrativas coletadas, mas na fala de outros usuários que frequentam a unidade. Desse modo, era constante ouvir dos usuários que eles não sabiam que medicamento, em especial os psicotrópicos, estavam fazendo uso.

No contexto da USF, tanto os usuários quanto os profissionais se referem aos medicamentos psicotrópicos como “controlados”.

Nas narrativas encontradas, todos os usuários relatam o uso de dois ou mais medicamento. A esse respeito, os farmacêuticos destacam que quando pegam uma receita com mais de dois medicamentos psicotrópicos prescritos, sabem que um é para potencializar e/ou diminuir a ação do outro, a chamada interação medicamentosa, no

qual o efeito terapêutico na remissão do sintoma do sujeito se dará pela ação conjunta dos medicamentos, fato que não aconteceria se os medicamentos fossem prescritos isoladamente.

Eu estava tomando esses e não estava adiantando, porque assim, eu tenho síndrome do pânico e um início de depressão, aí eu tava tomando Risperona, Fluoxetina, Nopritilina e não tava adiantando, tava piorando as minhas crises, eu tava ficando com muito efeito colateral, aí eu peguei fui na urgência e o médico da urgência me receitou o Clonazepan pra eu tomar e continuar tomando a Fluoxetina, só que também não estava adiantando, eu não tava dormindo, que era pra dormir né?! Eu não tava dormindo, eu tava muito agitada e continuava com crise. Aí eu vim novamente no médico aqui, no clínico geral a semana passada e ela me passou o Diazepam, o Amitripilina e Sertralina (Usuária 4).

Vale ressaltar que a usuária falou o nome de todos os medicamentos que ela fez ou faz uso, porque estava com todas as receitas na bolsa.

Os usuários, com frequência, associavam o uso às causas orgânicas, relatavam eventos que lhes causaram sofrimento na época que iniciaram o uso do medicamento psicotrópico, mas não ligavam esse sofrimento aos sintomas físicos apresentados.

Tem uns quatro anos que eu tomo Diazepam, porque começou a apresentar um problema nos nervos e os dedos formigando. Quando eu fico nervoso dá vontade de sair andando e ir até São Paulo [...] Minha mãe também usa, porque ela é muito nervosa (Usuário 3).

Eu não acredito que eu tenho depressão, não acreditei quando o psicólogo disse que meu caso era pra psiquiatra. Não tenho nada de psicológico, eu apresento vários sintomas físicos, acho que tenho uma doença física, mas já fiz todo tipo de exame e não dá nada. Uma vez, suspendi a medicação por conta própria, porque eu achava que não precisava, mas aí fui no PSF, fui atendida por um médico bem novinho, e só nessa consulta ele me encaminhou pra o psiquiatra. Então, às vezes eu acho que preciso mesmo de tratamento, porque só numa conversa ele disse que eu precisava (Usuária 2).

Dos seis usuários que tiveram suas narrativas coletadas, apenas dois faziam psicoterapia como recurso terapêutico associado ao tratamento medicamentoso. Uma usuária faz esse atendimento na rede particular de saúde, e destaca a importância que esse recurso tem no seu processo de cuidado. Contudo, a outra que é atendida pelo psicólogo, na própria unidade de saúde, uma vez por mês, não faz menção a esse processo, apenas quando lhe foi perguntado, sendo observado em seu discurso a importância que ela atribui ao medicamento, fazendo deste, ponto central do seu tratamento.

Desse modo, destaca-se que a concepção que os usuários possuem a respeito do medicamento psicotrópico está ligada ao seu efeito na remissão dos sintomas físicos. Tem no medicamento o ponto central do seu tratamento.

Na hora do vazio é que dá vontade de tomar remédio. Eu tomo remédio na hora certa, mas se me dá uma fraqueza, como me deu hoje, eu tomo, tomo uma grande quantidade para acabar com o vazio. Quando eu chego em casa com esses remédios, meu filho só deixa o suficiente do dia, eu já notei que eles guardam, porque ele já viu duas vezes eu ruim mesmo, teve uma vez que eu tava próximo do fogo e o meu braço queimando, praticamente pra vir me pegar teve que vir o bombeiro, e eu não vi...eu não sei, tem dias que eu tou bem, tem dias que não (Usuária 1)

Usuária chega à farmácia para pegar a medicação e pergunta à atendente sobre a reação que o remédio provoca, diz que o médico falou que esse medicamento provoca uma reação e que lá no posto iam dizer para ela qual seriam essas reações (fragmento do diário de campo).

II.2.1.2. Concepção dos familiares

No que tange à concepção dos familiares a respeito do uso do medicamento psicotrópico, estes também têm o medicamento psicotrópico como ponto central do tratamento, e apresentam pouco ou nenhum conhecimento sobre problema que os usuários, dos quais cuidam e são responsáveis, atravessam.

Eu vim pegar remédio pro meu filho, ele toma esses remédios controlados, ele tem aquela doença, como é mesmo o nome? Esqui...(não consegue falar o nome esquizofrenia) [...] a primeira crise dele foi aos 13 anos, mas não sei porque, foi de repente, do nada, ele foi pra igreja e quando voltou não voltou normal, começou com uma depressão e virou essa doença [...] a médica diz que ele não pode passar nervoso, nem apertar muito a mente dele, e já percebi que é verdade, porque quando exige muito dele ele fica agressivo (Familiar 1).

Se não fosse esses medicamentos ele já tinha pirado de vez. Internar não tem mais né, internamento, eu não sei nem o que seria de mim se não fosse esses remédios [...] quando ele começa a ficar vermelho, já sei que ele quer sair do normal dele, aí eu dou o remédio, mas se referindo ao remédio que a médica passa é muito bom (Familiar 2).

Os familiares apontam o medicamento como estratégia positiva no tratamento, mesmo que, por vezes, relatem momentos de crises com o ressurgimento de alguns sintomas. Diferente da concepção dos usuários, os familiares não apresentaram, em seus discursos, aspectos que identificassem haver ambivalência quanto ao uso do medicamento psicotrópico.

Outro fato que os discursos apontaram e que salienta a importância do medicamento no processo de cuidado, para os familiares, é o seu uso exclusivo como recurso terapêutico, visto posto, que os familiares iam à unidade de saúde pegar o medicamento, mas os sujeitos que iriam fazer uso desse medicamento não os acompanhavam, denunciando, assim, não apenas o uso exclusivo, como: a dispensação de medicamento sem avaliação médica e a dinâmica da renovação de receitas, demonstrando, nesse contexto, a banalização da prescrição medicamentosa e a falta de orientação médica.

A partir das narrativas dos familiares, percebe-se o poder que o discurso médico tem diante do sofrimento que o sujeito apresenta, sendo tomado como verdade absoluta.

Desde pequeno ele sempre foi muito reservado, não gostava de brincar, ficava quieto num canto, eu levava pro médico e ele dizia que era normal, que não era nada, que era coisa de criança [...] ele foi crescendo, estudou até a sétima série. Aí depois ele deu um problema de cálculo renal, eu levei ele pro médico, o médico internou ele, antes de vê o exame o médico fez uma cirurgia e disse que era problema de vesícula, aí não era a vesícula, e ele continuou com a mesma dor, depois de 15 dias fez outra cirurgia, o médico disse que era o intestino grosso sugando o fino, quando a anestesia passou, ele começou a sentir a mesma dor, depois disso, aí pronto, ele começou a ter visões, ele começou a dizer que tinha gente querendo pegar ele. Tinha medo de dormir só, dizia que tava grávido, que ia ter um filho, e começou com essas alucinações todas. Aí começou a ficar nervoso, quebrar as coisas dentro de casa. Depois eu fui pro médico de novo, implorei ao médico pra passar um raio X, quando o médico passou o raio X era cálculo renal. Aí eu fiz um tratamento com ele, nem operei, só foi o tratamento pra pedra no rim, e ele nunca mais teve essa dor, mas em compensação ficou com problema de nervos e até hoje ele toma remédio controlado (Familiar 2).

A narrativa mostra a complexidade do diagnóstico quando o assunto é sofrimento psíquico, sendo preciso um olhar médico sensível que esteja para além dos critérios estabelecidos em manuais de diagnóstico, ao mesmo tempo também retrata a necessidade que a medicina biomédica (que predomina nos dias de hoje) possui em querer encontrar uma justificativa orgânica, isto é, um órgão do corpo doente, que dê sentido às “dores” que o sujeito traz para o contexto da clínica.

A partir dos discursos, observou-se a pouca ou total falta de orientação que o familiar tem a respeito do estado de saúde que os seus parentes apresentam. Como mostram os depoimentos abaixo:

Quando o médico disse que ele tava com esquizofrenia, acho que F.20 o códigozinho, aí eu disse, mas tem cura? Ele disse não, é pro resto da vida dele que ele vai tomar esses remédios, eu fiquei pasma, porque você espera uma cura, e pelo tempo que ele já vem tomando esses

remédios eu tô vendo que não tem cura mesmo não, eu esperava que ele parasse de tomar esses medicamentos, mas ele não para não, se ele parar um dia sem tomar o remédio eu já vejo diferença. Começa a coçar o nariz, fica todo vermelhão, começa a ter visões (Familiar 2).

De onde é que vem essa doença? (Familiar 1).

Com isso, a partir do momento em que se tem uma explicação através dos rótulos e categorias diagnósticas para o sofrimento psíquico, há uma apropriação desse sofrimento pelo saber médico, e diante disso, nota-se que o familiar, no seu discurso, entende esse sofrimento como uma doença e espera tratamento e cura. Somente com a experiência e o convívio com esse familiar é que se dão conta de que o sofrimento pelo qual seu parente atravessa está para além de uma doença orgânica passível de tratamento e cura por meio de medicamentos e/ou outros dispositivos tecnológicos.

No enredo em que o sofrimento psíquico se desencadeia, este traz angústia não apenas para o sujeito que sofre, mas também para os sujeitos que fazem parte do seu convívio social, em especial, a família. Assim, percebe-se, a partir dos relatos, a dificuldade do familiar em lidar com esse sujeito, denotando a necessidade de cuidado também para aquele que cuida. Fato que pode ser observado abaixo:

É uma luta minha irmã, é uma luta. Você sabe o que é uma pessoa acordar de manhã e falar a mesma coisa de de manhã até de noite? Aquela mesma coisa o dia todo no seu ouvido. Tem hora que ele me tira do sério (familiar 2).

Quando perguntada como ela reage, responde:

Às vezes eu pego e falo “oie você quer falar, você fala”, aí eu pego e saio e deixo ele falando sozinho, quando eu chego ele tá calmo, então, se eu ficar em casa, aí tem hora que eu extrapolo também, falo um monte de besteira. Aí ele diz que quer morrer, que ninguém gosta dele, eu pego e saio, e digo: “você quer ficar só?”, aí vou pra casa da minha mãe que é perto, deixo ele lá sozinho. Às vezes eu fico com medo de deixar ele só, porque ele fica dizendo que vai se matar, aí eu fico preocupada (familiar 2).

À vista disso, a partir do exposto, nota-se que o familiar, com base na experiência que vai adquirindo no convívio cotidiano com o sujeito em sofrimento psíquico, vai estabelecendo estratégias para lidar com o seu sofrimento e com o sofrimento do outro. Como aponta os fragmentos:

Teve uma noite que ele se retou lá que queria um negocio lá e eu não dei, ele brigou com irmão, e o irmão não entende o problema que ele tem, sabe, eu tento amenizar às vezes. Ele sumiu de noite, só chegou no outro dia de manhã, até hoje você me perguntar onde ele tava, eu não sei lhe responder. [...] Ele voltou todo rasgado, ele rasgou a camisa, o sapato, ele usa prótese, ele quebrou a prótese pra dizer que

foi um cara que bateu nele na rua, só pra mim ficar com remorso (Familiar 2).

Ao ser perguntada como ela descobriu que era fingimento, responde:

Eu conheço quando ele tá mentindo, é muito tempo de experiência. [...] No dia que eu fui fazer a prótese com ele, eu perguntei por que ele tinha quebrado, ele disse que tinha quebrado mesmo, tava com raiva (Familiar 2).

Em relação ao contexto no qual o problema se apresentou, observou-se dificuldade, por parte do familiar, em reconhecer as situações pelos quais o sujeito vivenciava no momento que o sofrimento psíquico foi desencadeado.

Ele tem mais dois irmãos que são normais, do jeito que eu criei ele, eu criei esses dois. Ele não fazia nada, só comia, dormia, brincava, eu não exigia muito dele, não sei por que ele ficou assim (Familiar 1).

No que tange à concepção que os familiares têm a respeito da medicação, esta está ligada à eficácia que o medicamento possui na remissão dos sintomas. Têm o medicamento e o discurso médico, como pontos centrais do tratamento. Deixam evidentes em suas falas a distinção que fazem dos sujeitos, entre normal e patológico, distinção essa fundamentada pelas práticas biomédicas, que atribuem ao sofrimento uma justificativa orgânica para o seu surgimento. Por fim, consideram o sofrimento psíquico como doença, tal qual uma doença que se localiza no corpo, um órgão doente, o que lhes fazem ter esperança de que a cura um dia possa ser estabelecida.

II.2.1.3. Concepção dos profissionais de saúde

As concepções a respeito do medicamento psicotrópico, no processo de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, foram diversas, porém, apresentaram pontos comuns. Desse modo, o medicamento como o caminho mais rápido para a “cura”, entendida como a remissão dos sintomas e, por vezes, a única demanda do usuário, foram aspectos que emergiram em todas as narrativas dos profissionais.

O medicamento, ele tem que ser voltado para o bem-estar social, o bem estar da pessoa. [...] Aquele medicamento não é a resposta pra tudo, e é isso que acontece, ele acaba sendo resposta pra tudo, e na verdade não é, ele tem que ser um auxílio ao tratamento, um auxílio ao cuidado, tem que tá voltado ao bem-estar. As pessoas usam medicamento de fato pra aliviar, o alívio imediato, o que ele tem de dor vai apagar com aquele medicamento, mas não vai trabalhar o depois, o motivo daquilo. Então, o que eu estou vendo nas unidades, na minha vida de trabalho mesmo, o medicamento controlado ele tampa buraco, ele é uma muleta, um suporte às pessoas que usam, porque têm uma dificuldade de se trabalhar com essa dor, trabalhar

com esse problema. [...] O transtorno mental não é só uma questão biológica, é biopsicossocial, e a gente percebe que o medicamento ele entra como a parte principal ou às vezes como a única parte do tratamento (Farmacêutica 1).

Nesse cenário, destacam-se as falas dos farmacêuticos, pois foi percebido um discurso peculiar, politizado e consciente em relação ao medicamento. Diferente de outros profissionais, que apesar de apontarem o medicamento como uma das estratégias possíveis de cuidado, o colocam na posição de principal recurso terapêutico.

No discurso do médico 1 também foi observado essa concepção de suplemento que o medicamento tem para o sujeito, que aponta que “a maioria está indo para o medicamento, [...] quer se acalmar, quer ficar feliz, toma o remédio. O remédio depressivo realmente dá uma felicidade falsa, é mais fácil”.

Eu tenho o caso de uma criança que estava sem dormir há vários dias, com problema familiar, pais separados, e a mãe preocupadíssima porque ele não estava dormindo, teve um dia que a mãe teve uma ideia, “vou dar remédio pra ele dormir que não tem em casa”, falou pra ele que era remédio para dormir, mas ela não tinha remédio em casa, ela deu um fortificante (polivitamínico). Não deu 20 minutos a criança estava dormindo. No outro dia, estava maravilhosamente bem, foi um placebo, só foi psicológico, tava sem dormir, tomou um polivitamínico, que não é um estimulante de apetite, porque se fosse um estimulante de apetite ele poderia até ter sono, mas não foi, foi o polivitamínico (Médico 1).

Alguns profissionais ao salientar sobre a sua concepção, a respeito do uso do medicamento psicotrópico no processo de cuidado, relacionaram ao crescimento desenfreado da utilização desse tipo de medicamento, mesmo em casos clínicos desnecessários. Como mostra as narrativas abaixo:

Hoje em dia, cada vez mais você vê o aumento do número de pacientes que estão tomando medicação controlada, não passa um dia em que eu não esteja passando antidepressivo para transtorno de ansiedade. Sempre, todos os dias passo medicação psicotrópica, então, o que eu acho é o seguinte que o mundo está ficando descompensado psicologicamente (Médico 1).

O que a gente tá vendo é que muitos pacientes estão usando os psicotrópicos, essas medicações controlada. E aqui, como é referência, o Sinhazinha é referência de medicação controlada, de psiquiatra e psicólogo, então, são muitos pacientes, e aí eles aproveitam, e já ficam na fila da farmácia. Muitos usuários mesmo, muitos. Parece até que é a doença do século, porque é muita medicação. E assim, você vê que não é paciente esquizofrênico, não é doença mental propriamente dita, realmente é ansiedade, muito ansiolítico, os próprios clínicos estão passando, não só o psiquiatra. Às vezes, não tem o acompanhamento nem com o psicólogo nem com o psiquiatra, o clínico que faz esse acompanhamento, que é o do PSF, que eles têm respaldo pra isso, e

passam pros pacientes, hipertensos, diabéticos, todos com pressão e diabetes descontroladas, quando você vai vê é ansiedade, estresse, a depressão, têm muito usuário, muito mesmo (Enfermeira).

O médico 1, em sua fala, aponta que um dos motivos para o uso excessivo do medicamento psicotrópico seria porque os sujeitos estão perdendo a fé, suas crenças religiosas, “tem tudo a ver com a sua relação com Deus”.

Nesse contexto, os critérios que os médicos das ESF utilizam, para prescrever o medicamento psicotrópico, são com base nos sintomas que os usuários apresentam como:

Chora com facilidade, qualquer coisinha, ficam sem querer sair de casa, uns ficam até sem querer tomar banho, não querem sair da cama, não tem ânimo, querem ficar no mundozinho, ali, como se nada mais interessasse, como se a vida não tivesse mais nenhum estímulo, geralmente, a queixa principal é essa. [...] Tem vez que pode desencadear por desemprego, divórcio, perda de um familiar, um óbito na família, varia muito, é a maneira da pessoa reagir, como você vai reagir diante de um problema emocional (Médico 1).

Ansiedade extrema, pacientes que não conseguem dormir, em alguns casos de ansiedade e depressão, o paciente não dorme, chega aqui dizendo que tá cinco, seis, dez dias sem dormir e que não consegue dormir, e numa situação de extrema ansiedade a gente associa o antidepressivo com o ansiolítico (Médico 2).

Contudo, o médico 2 destaca ainda que:

Eu particularmente para iniciar, por exemplo, um paciente que nunca usou, pra iniciar o uso de um medicamento desse, eu tenho muito critério, e sempre que eu prescrevo, eu prescrevo já acordado com o paciente que aquilo será por um tempo definido, um tempo curto. Muitas vezes já faço a primeira prescrição com um receituário normal, no esquema do desmame, pra evitar que fiquem viciados.

Tal esquema segundo o médico 2 é realizado da seguinte forma:

Por exemplo: o paciente tá numa crise, assim, numa depressão ansiosa muito grande e você tem que entrar com um antidepressivo e, muitas vezes, precisa de um medicamento dessa linha né, associado no início do tratamento. Então, eu faço a receita no receituário de controle especial normal e dou a ele uma receita com o esquema de desmame, “você vai começar a usar durante tantos dias um comprimido, depois tantos dias meio comprimido, durante tantos dias $\frac{1}{4}$ de comprimido. Pra não tomar aquele uso crônico, mas os pacientes que aparecem aqui já são usuários, a grande maioria, já chegam solicitando a receita do remédio controlado e você tenta convencer, tenta, mas eles não aceitam, impressionante.

O médico 2 enfatiza que, até os dias de hoje, nunca teve sucesso nas tentativas de desmame com os usuários, isso porque, segundo ele, “já tem uma dependência

instalada”. Esse aspecto remete ao fato também de que alguns usuários apresentaram dificuldades para seguir corretamente as orientações médicas, no que tange ao uso do medicamento. Como pôde ser observado na farmácia no momento em que os usuários pegavam o medicamento:

Em alguns momentos da dispensação do medicamento psicotrópico, o farmacêutico tentava fazer algumas orientações sobre o uso, até porque a receita fica retida na farmácia. O farmacêutico pergunta aos usuários se querem tirar uma xerox da receita, eles dizem que não precisa. O profissional então perguntava se eles sabiam quais tinham sido as orientações médicas prescritas na receita, se eles sabiam utilizar o medicamento sem olhar a receita. Dos usuários questionados sobre o assunto, nenhum soube responder corretamente (fragmento do diário de campo).

O fragmento revela o uso inadequado que o usuário faz da medicação, comprometendo a eficácia tanto do medicamento, quanto de todo o tratamento.

Para o psiquiatra, assim como para os médicos das ESF, os critérios para a prescrição do medicamento psicotrópico dependem do quadro que o paciente chega ao consultório:

Têm alguns pacientes que já chegam com a necessidade de medicamento expressa por eles, outros já chegam com a resistência para tomar o medicamento, com medo de dependência, e têm outros casos que, às vezes, o paciente chega e aceita o que você fala. E tem casos que realmente você precisa medicar, não tem como, ou até porque, como você sabe, geralmente, a maioria dos casos da psiquiatria a terapia é o pilar fundamental, só que para a terapia ter efeito, o paciente tem que estar apto para aquilo ali, só que o paciente no momento de muita agitação ele não vai conseguir responder a terapia, então, naquele momento você tem que entrar com o medicamento, pode até iniciar a terapia pra ele já criar um vínculo com o terapeuta, mas se sabe que aquele momento ali não vai ser efetivo, até pelo menos ele conseguir ter um controle daquela agitação dele, daquela inquietação, e o medicamento serve pra isso, em alguns casos o medicamento realmente é necessário, você não pode abrir mão (Psiquiatra).

O psiquiatra, nos seus atendimentos, destaca que também busca estabelecer estratégia para evitar a dependência do usuário em relação ao medicamento psicotrópico, e enfatiza que é algo difícil de fazer, pois os usuários buscam sempre o caminho mais rápido, que é o do alívio imediato que o medicamento proporciona.

O problema dos medicamentos psicotrópicos, principalmente, são os benzodiazepínicos, os que causam dependência. A gente sabe que a partir de três meses causam uma dependência, e a maioria dos pacientes quando começam a usar e têm aquele alívio imediato, que realmente os benzodiazepínicos têm essa vantagem de ser bem mais rápido. Mas se o paciente começa a criar dependência, ele não faz o tratamento de forma adequada, geralmente quando eu uso o

benzodiazepínico, eu uso junto com outro medicamento, um com nível seletivo de receptação de serotonina, por exemplo, ou com outro medicamento que possa dar uma cobertura, que como a gente sabe que vai demorar mais um pouquinho, nós damos as primeiras três, quatro semanas, enquanto o medicamento faz efeito, e o benzodiazepínico serviria pra dar um suporte. O problema é que alguns deles (usuários) como sabem desse efeito e veem esse efeito muito rápido do benzodiazepínico, acabam fazendo o abuso. Às vezes, a gente fala que vai tomar só um mês, dois meses, que vai começar com a terapia, só que alguns deles tomam e veem o efeito mais rápido do benzodiazepínico, acabam tendo um pouco de dificuldade de abrir mão, e aí se começa três, quatro, cinco meses, não sei, tendo uma dificuldade maior de se fazer essa retirada.

Todos os profissionais enfatizaram essa relação de dependência que muitos usuários possuem com o medicamento psicotrópico. Nesse sentido, vale salientar a narrativa da Agente de Saúde (ACS) que destaca que:

Os usuários não fazem acompanhamento com psicólogo, quando o usuário é encaminhado para uma consulta psiquiátrica pelo psicólogo, ele não volta a se consultar com o psicólogo, provavelmente, por conta do remédio que tá tomando e que diminui os sintomas, e por quererem apenas a medicação. Os usuários não querem ser consultados, querem apenas a renovação da receita, sem avaliação do médico. Muitos deles fazem escândalo na unidade, exigindo do médico a receita, e o médico acaba dando. Às vezes o médico dá até com medo, porque são ameaçados. Parece que eles sentem um alívio quando pegam a receita (ACS).

De acordo com o psicólogo “99% dos usuários que procuram atendimento psiquiátrico saem medicados, seja por luto, conflito existencial, por não saber lidar com o sofrimento, ou qualquer outra coisa desse caráter”. Nesse contexto, o trabalho do psicólogo é realizado com foco na intervenção da queixa do usuário, assim, os atendimentos variam de caso para caso, “primeiro os usuários começam vindo duas vezes por semana, depois a cada quinze (15) dias, depois uma vez por mês”.

Os profissionais destacaram a importância de se ter, associado ao medicamento, outro recurso terapêutico no processo de cuidado, como o acompanhamento psicológico, por exemplo. Contudo, ainda existe um tabu com relação ao atendimento psicológico, os usuários se recusam, só aderem ao tratamento os casos mais graves. Como mostra o discurso:

Só os casos mais graves (fazem o acompanhamento), quando é um caso leve só querem um remédio, eles ficam até com timidez, eles têm vergonha de ir, aqui, nem tanto no meu consultório não, porque eu sou clínica, aí ninguém tá sabendo, mas pra entrar no consultório do psicólogo, eles já tão se declarando alguma coisa na parte psicológica, então, ainda existe um certo tabu, preconceito, é mais fácil eles virem pra mim pegar a medicação do que ir pra terapia (Médico 1).

O médico 2 relata que a maioria dos seus pacientes já são usuários do medicamento psicotrópico, e tenta propor a retirada da medicação, mas os usuários não aceitam:

Aqui no Sinhazinha, na Atenção Básica, aparece bastante, a maioria já é usuário e, sinceramente, eu tento descontinuar o uso, mas é muito difícil, os pacientes são relutantes em não parar de usar, não querem parar de usar, a gente insiste, tenta fazer desmame, tenta colocar algum medicamento, que possa atuar de alguma forma, dando relaxamento, calmante natural, mas eles não aceitam, dizem que não dá certo, que já tentaram, que não funciona e que querem o que já usam mesmo, muitos usam muito Clonazepam, Diazepam.

Nesse processo de cuidado, o intervalo entre as consultas, geralmente, são de dois meses, então, é no retorno que o médico fica sabendo como o sujeito respondeu ao medicamento. Caso tenha ocorrido uma rejeição à medicação, se o usuário não for à unidade, o médico só modifica o tratamento medicamentoso após os dois meses.

O tratamento de um transtorno de ansiedade e de uma depressão, geralmente, o tratamento mínimo é de um ano, então nós prescrevemos medicamento para dois meses, eles retornam pouco antes de dois meses para não acabar a medicação e ter continuidade, mas o tratamento mínimo é de um ano (Médico 1).

Segundo a fala do psicólogo, o que vem ocorrendo é um crescente aumento de “prescrição simplista”, a respeito do medicamento psicotrópico, no qual muitos usuários iniciam o uso a partir de indicações do vizinho que toma ou tomou e deu certo. Ressalta ainda, que a maioria dos seus pacientes fazem uso de psicotrópico.

O psicólogo da unidade também trabalha com atendimento particular, devido a isso, foi perguntado se ele percebe alguma diferença entre os usuários do consultório particular e os usuários que atende no consultório da USF, com relação ao uso do medicamento psicotrópico.

A diferença é porque as pessoas podem pagar por um acompanhamento eficaz, pagar um psiquiatra que dê um atendimento com mais qualidade. Em relação ao uso de medicamento é a mesma coisa, excesso de prescrição, mas é o que as pessoas buscam ser medicadas, porque o modelo que estamos inseridos é o psiquiátrico.

Na narrativa do psicólogo foi enfatizado, por diversas vezes, o modelo de saúde que estamos inseridos, que corresponde ao médico-psiquiátrico, com a valorização dos aspectos biológicos em detrimento aos subjetivos.

De acordo com os profissionais, não se tem um perfil desses usuários que fazem uso do medicamento psicotrópico, é o público geral, jovens, adultos e idosos.

No que tange a relação profissional-usuário houve dificuldade, por parte de alguns profissionais, para falar sobre o assunto:

Você tem que passar segurança, o paciente tem que sentir segurança no médico (Médico 1).

Depende, cada paciente a gente tem um relação diferente, têm pacientes que a relação é melhor, têm outras que é pior, têm pacientes que são insuportáveis, têm pacientes que a gente sente prazer em atender, cada caso é um caso, a gente procura fazer o melhor possível, ser profissional (Médico 2).

Pesquisadora- Como é a sua relação com o usuário? Profissional – Com o usuário? Normal. Como assim? (Enfermeira).

Pesquisadora – como você descreveria a sua relação médico-usuário? Profissional – em que sentido você quer saber? (Psiquiatra).

Nesse cenário da USF, dentre os fatos que chamaram a atenção está o tratamento ofertado aos usuários com depressão ou ansiedade, ambos recebem o mesmo tratamento medicamentoso. De acordo com os médicos da unidade, a Atenção Básica conta com três medicamentos básicos que são: “Sertralina, Fluoxetina e Amitríptilina e, geralmente, associado ao Clonazepam, “o famoso Rivotril” (Médico 1).

Como a gente fica preso à lista que a gente tem, geralmente os que a gente usa mais são os antidepressivos, que também servem nos casos de ansiedade, ou seja, são ansiolíticos também, então, como a gente tem a Fluoxetina e a Sertralina, a depender do caso a gente usa ou um ou outro, e em outros casos Amitríptilina, que é uma classe dos tricíclicos, [...] o problema é que a Amitríptilina tem mais efeito colateral (Psiquiatra).

O psiquiatra destaca alguns dos efeitos colaterais que o uso de medicamento, da classe dos tricíclicos, como a Amitríptilina podem gerar:

Eles têm efeitos cardíacos, pode acontecer do paciente ter alguns problemas cardíacos, não é recomendado o uso do tricíclico, não é que vai ter um infarto, ou coisa assim, mas pode, principalmente se tiver alguma questão de intervalo, que a gente avalia pelo eletro, que a alteração de intervalo pode piorar com o uso contínuo e prolongado. Eles têm alterações às vezes de, como diria, intestinais, intestino preso, pode dar uma sonolência maior, seriam mais efeitos indesejáveis, gosto amargo na boca, mas não que seja efeitos insuportáveis, mas alguns pacientes não conseguem. Geralmente, eu evito usar em idoso, uso em pacientes mais jovens com caso de depressão, realmente o tricíclico tem uma eficácia maior, ou risco também. Pacientes que têm possibilidades de suicídio o tricíclico é muito mais deletério, ele pode fazer um dano muito maior e levar realmente ao óbito, já os outros não é que não vá acontecer nada, mas o risco é menor, o paciente pode ter algum efeito e você levar numa urgência e reverter, com o tricíclico seria mais difícil, o efeito seria mais danoso.

Os psiquiatras, na unidade, fazem o acompanhamento dos casos mais graves, como destaca a fala do médico:

Quando eles tão em quadro mais agudo, eles tão com o psiquiatra, e quando o quadro é mais leve, fica comigo mesmo. É difícil ter um dia que eu não prescreva esses medicamentos, quase todos os dias eu tou prescrevendo (Médico 1).

Diante do exposto, observou-se que a concepção dos profissionais que participaram da pesquisa, que atuam na USF, a respeito do uso do medicamento psicotrópico em sua prática, está atravessada pela concepção biomédica de saúde, em que o medicamento é utilizado como principal recurso terapêutico, e a figura do médico se destaca como um dos pontos centrais no processo de cuidado.

Essas características puderam ser observadas a partir das constantes greves dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, que ocorreram durante a imersão da pesquisadora na USF. Quando os médicos estavam em greve, não comparecendo à unidade, havia um esvaziamento do serviço, mesmo com outros profissionais como: enfermeiros, técnicos, dentistas e auxiliares; cumprindo sua carga horária cotidiana. Com isso, percebeu-se que não apenas os usuários como os outros profissionais da unidade associavam o funcionamento normal da unidade à presença dos médicos, sem estes, diziam que a unidade não funcionava.

II.2.2. A USF enquanto dispositivo de cuidado

Segundo a enfermeira, a USF Dona Sinhazinha é a mais antiga de Aracaju, o que faz desse serviço o mais procurado pela maior parte da população.

Nesse espaço, além das equipes básicas de saúde que compõe a Estratégia de Saúde da Família, encontram-se profissionais como: psiquiatras e psicólogo, ofertando cuidado especializado na área de saúde mental, o que faz da unidade uma referência em saúde mental para usuários que buscam esse tipo de serviço. Segundo o psicólogo:

A referência do PSF começou como suporte para os centros especializados. Hoje, apesar de estar no PSF, a referência não é um serviço de porta aberta, a gente (psicólogo e psiquiatras) recebe a demanda que as ESF encaminham, atendendo os transtornos moderados.

O psicólogo salienta que o Sinhazinha é o mais antigo enquanto referência em saúde mental, e na sua concepção, esse fato, associado a sua localização geográfica, faz dela a unidade de saúde mais procurada. Em sua fala, destaca ainda que, Aracaju já foi

referência nacional em saúde mental, hoje não mais, por conta das mudanças ocorridas na atual gestão.

A maioria dos profissionais que compõem as ESF são efetivos, o que favorece (teoricamente) o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários. O vínculo é ponto de destaque nas políticas públicas que permeiam a Atenção Básica, contudo foi um aspecto pouco percebido nas relações existentes nesse cenário.

De acordo com o relato da enfermeira, a USF só atende 10% do total dos usuários inseridos em sua área de abrangência, pois não conta com recursos humanos e financeiros para atender a todo território, considerando que o serviço se encontra defasado, pois possui muitos usuários e poucos profissionais, não dando conta, assim, da demanda que se apresenta.

Os agentes de saúde atendem uma demanda muito maior do que a padronizada pelo Ministério da Saúde (MS). Cada agente atende por volta de 250 famílias, que segundo relato dos agentes e da enfermeira, ultrapassam as 750 pessoas, quantitativo orientado pelo MS (fragmento do diário de campo).

Segundo a enfermeira, nesse cenário, as equipes de enfermagem, além dos atendimentos de rotina, organizam reuniões com hipertensos e diabéticos e fazem palestras e entrega das tiras para o controle glicêmico. Essas reuniões acontecem na própria unidade de saúde. As equipes também oferecem um curso semestral para as gestantes, que acontece no início e no final do ano, é um grande evento que ocorre fora da estrutura do Sinhazinha, devido a grande quantidade de usuárias que aparece para participar. É um evento, no qual os outros profissionais da unidade são convidados a participar como palestrantes. A esse respeito, nota-se a falta de articulação entre os profissionais na construção das ações de saúde, em que cada profissional é responsável por determinada ação e os outros profissionais na equipe entram como convidados para palestrar nos eventos.

As equipes de enfermagem realizam ainda cursos de capacitação com os agentes de saúde, como uma forma de atualização dos seus conhecimentos.

No que se refere à quantidade de usuários que fazem uso de medicamento psicotrópico, para a enfermeira não tem como definir um número, primeiro, porque o serviço não faz esse controle e, depois, porque a unidade atende a população de todos os bairros de Aracaju e municípios circunvizinhos que solicitam atendimento nesse espaço.

Dentre as peculiaridades do serviço, observou-se o nível sócioeconômico dos usuários que na sua grande maioria pertence à classe média-alta. Fato esse, que alguns

profissionais destacaram como um dos motivos que dificulta o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário.

O Sinhazinha tem uma peculiaridade que as pessoas se acham educadas, esclarecidas, mas na verdade o público mais mal educado que eu já atendi, porque eles são arrogantes, a maioria, não respeitam o profissional, não têm um respeito adequado, invadem a sala quando você está atendendo, aqui acontece direto. [...] Ontem mesmo eu estava atendendo uma senhora e chegou um paciente que queria uma receita pra mãe e invadiu a sala, eu disse “senhor eu tou atendendo, o senhor espere, quando eu terminar de atender eu faço”, ele falou: “eu quero ficar aqui na sala”, aí a paciente falou: “olha eu estou sendo examinada pelo médico” (Médico 2).

O nível social da população é alto aqui, minha área são três condomínios. Geralmente, a gente tem que fazer em torno de dez visitas domiciliares por dia, mas só visito cinco ou seis famílias, porque eles não abrem a porta. A maioria é criança e idoso que ficam com seus cuidadores e são instruídos a não abrirem a porta, preferindo vir até a unidade para serem atendidos, mesmo a gente tendo autorização pra entrar (ACS).

Alguns profissionais apontaram em seu discurso a rotatividade de profissionais (rapidamente percebida ao transitar e ouvir as histórias do Sinhazinha) e o deslocamento de funções que os profissionais são submetidos, gerando, com isso, insatisfação e frustração no ambiente de trabalho. Como mostram as narrativas:

Profissionais que eram pra estar em outros serviços ficam cobrindo buraco. A exemplo da farmácia que está sem farmacêutico, colocam profissionais do NASF, que eram para estarem com outras atribuições, mas estão fazendo serviço de despacho de medicamento, um tapa buraco, aproveitamento de profissional, fazendo-os exercer uma função diferente daquela para a qual foram contratados (Psicólogo).

Aqui se brinca de fazer saúde pública. Eu mesmo, era pra eu tá no NASF fazendo educação em saúde, investigando e orientando o uso do medicamento, para que esse uso não seja feito de modo abusivo ou sem necessidade, pra que esse uso não se torne crônico, esse é o papel do NASF. No NASF nosso papel seria a orientação farmacológica para o uso, tempo de uso, explicar a função do medicamento e o porquê, os efeitos, a importância do intervalo de uso. [...] Eu não estudei cinco anos o dia todo para entregar medicamento, isso é frustrante (Farmacêutico 2).

No que tange à rotatividade dos profissionais, esse aspecto foi marcante no cargo da gerência, que por ser um cargo comissionado, em que é a gestão quem indica o profissional para ocupar o cargo, fato que influencia na instabilidade que esse cargo representa. Os próprios profissionais expõem o poder na gestão no funcionamento da unidade e no desenvolvimento de suas ações, restringindo, com isso, a atuação profissional. Quando indagado sobre o assunto o gerente revela que:

Essa rotatividade que houve de gerentes na unidade foi devido a contratempos como: a gerente que estava há mais de dois anos saiu, porque passou em um concurso; depois vieram as substitutas; depois uma outra gerente que saiu por motivo de saúde; e eu que estou como gerente há dois meses na unidade (Gerente).

Alguns profissionais salientaram o fato de serem lançados na unidade sem nenhuma capacitação, orientação ou apresentação do serviço, ocasionando, por vezes, momentos de angústia que surgem ao lidar com o novo e por não conseguirem dar conta da demanda excessiva. Como destaca a narrativa:

Os profissionais tinham que ter um momento de capacitação, umas atividades, uma vez a cada 15 dias, uma vez por mês, sei lá, algo assim, mas não, a gente é jogado aqui e pronto, se vira (Atendente de farmácia).

A partir da fala de alguns profissionais, percebe-se uma das contradições da instituição, em que conta com duas equipes básicas de saúde que ofertam cuidados, cuidados especializados em saúde mental, mas que não são cuidados ou têm seus cuidados negligenciados, emergindo, com isso, a necessidade de se ater à saúde mental e física desses profissionais, que relatam adoecimento por conta da dinâmica de trabalho.

Além da falta de condições adequadas de trabalho, há uma sobrecarga, não dá tempo de cumprir com todas as tarefas, porque a gente precisa atender os pacientes, então, acabo deixando as atividades burocráticas sempre em segundo plano, como, por exemplo, a entrada e saída de medicamentos (farmacêutico 2).

Os farmacêuticos, com autorização da gerência, fizeram uma escala de trabalho, forma que encontraram para lidar com as dificuldades adoecedoras que emergem do ambiente de trabalho e permanecer no emprego (fragmento do diário de campo).

Dentre os profissionais, alguns destacaram a falta de estrutura física da unidade, que deixa a desejar enquanto ambiente de trabalho, uma vez que possui condições pouco adequadas para trabalhar, interferindo na execução do trabalho.

São móveis velhos, sem ergonomia, se tem um ar-condicionado, no período da tarde, não refrigera adequadamente, esquenta (médico 2).

Os profissionais apontaram para o fato de que a unidade tem como dinâmica de atendimento prevalecente a queixa-conduta, onde suas práticas são, geralmente, curativas.

Nesse contexto, foi percebido que a equipe não trabalha de forma articulada e, por vezes, em seus discursos, apontam que não devem invadir o espaço do outro profissional. Desse modo, nota-se que o serviço não atua na perspectiva do trabalho em

equipe, mas voltado para o trabalho individual e fragmentado, indo de encontro aos pressupostos da Atenção Básica. Como foi identificado na fala do profissional da enfermagem, que mesmo não concordando com a prescrição de psicotrópicos para alguns casos clínicos, não se sente a vontade para discutir essa prescrição com o colega de trabalho que o prescreveu.

Aí quando a gente encaminha pro médico e já vai fazer uso da medicação, não sei se seria o caso, mas o médico avalia, tem lá suas avaliações e direciona, o que a gente faz é a escuta. E a gente assim, acha que não precisaria tanto né, de chegar a usar a medicação, massss, quem somos nós para questionar a conduta médica? (enfermeira).

A esse respeito o psicólogo da unidade destaca:

Antes dessa gestão as coisas funcionavam, trabalhava de forma articulada com o psiquiatra, fazia grupos, mas hoje o trabalho é fragmentado, cada um fica na sua sala, fazendo o que lhe cabe. [...] Hoje, na atual gestão, a relação é vertical, as coisas vêm de cima para serem executadas por quem está na ponta.

Diante da fala do profissional, notou-se, por vezes, destaque dado à gestão como instância que regula como os trabalhos devem ser executados no serviço. Destacando, assim, a falta de articulação entre a Secretaria de Saúde e a Atenção Básica. Vale ressaltar que essa falta de articulação não foi observada apenas entre esses dois dispositivos citados, mas em outros serviços que deveriam compor a rede de cuidado, em que tal relação perpassa apenas pela lógica do encaminhamento.

Nesse cenário, os médicos, em suas narrativas, apontaram para a diferença entre a USF do interior e da capital. Um dos médicos destacou a diferença quanto ao serviço ofertado, e o outro ressaltou a relação médico-paciente e a estrutura física.

O PSF do interior é um PSF mais preventivo, mais empolgante, mais estimulante. Você acompanha o paciente desde o início. A mulher grávida, aleitamento materno, as crianças desnutridas, lá utilizávamos a multimistura e realmente funcionava recuperava desnutrido, palestras sobre hipertensão diabetes; era bem estimulante trabalhar. Aqui é mais curativo, é mais receita mesmo, é mais prescrição médica, é mais remédio. Eu senti essa diferença do PFS do interior para o da capital. Fazia a parte curativa, mas fazia também a preventiva. Aqui a demanda é grande, a gente fica mais no consultório prescrevendo (médico 1).

No interior é tudo mais difícil, porque lá a gente atende em condições precárias, em muitas localidades você atende sem ter água para lavar as mãos, sem tem a estrutura física adequada, eu já examinei paciente no chão, porque não tinha maca. [...] Muitos locais não tinham luz elétrica, naquela época, não sei hoje como é que tá a situação. Aí quando vim trabalhar em Aracaju, aqui pelo menos tem uma estrutura

melhor, porém deixa ainda a desejar. [...] No interior, apesar da precariedade, as pessoas respeitam mais o profissional, e aqui não, eles, de certa forma, banalizam a profissão, é comum eu tá atendendo um paciente na sala e acontecer o que aconteceu aqui, paciente invadir a sala (médico 2).

Em relação ao funcionamento do Programa Saúde da Família, quando indagado sobre o assunto, o médico 2 destaca que, na sua concepção, funciona.

Funciona. Qual a função do programa? De prevenção, de atenção, de visita de domicílio aos acamados, tem uma agenda de visita, eu visito os pacientes no período da tarde, uma vez por semana. Então tem uma agenda de visitas, quando visita o paciente já deixa agendado e a depender da necessidade pode até abreviar o tempo de visita, porque, às vezes, a gente visita uma vez ao mês, de 15 em 15, mas têm casos que se precisa visitar toda semana (médico 2).

Contudo, diante da fala do médico, constatou-se que o programa funciona, porém, as ações são realizadas de forma individual, isto é, cada profissional executa o seu trabalho, sem articulação com o restante da equipe multiprofissional, com exceção, quando são convidados para atuarem juntos nos eventos promovidos pela USF.

Para o médico 1, as ações de prevenção acontecem no cotidiano das consultas, de modo individual, sem ações grupais, como aponta em sua fala:

A gente faz no dia a dia, individual, na consulta mesmo, dá orientação, mas não têm grupos. Têm alguns PSFs daqui de Aracaju que fazem, mas aqui, o Sinhazinha, não faz, é curativo mesmo.

A USF narrada pelos usuários é um espaço que funciona. Enquanto instituição de cuidado, ela cumpre com as suas tarefas. Os usuários têm esse contexto como um espaço de tratamento, onde são disponibilizados os serviços que eles precisam. Houve críticas negativas, mas muitos elogios.

As críticas remetiam à demora na marcação dos exames, falta de medicação e, atualmente, as greves.

A usuária relatou a demora da marcação da consulta. Disse que seu marido sofria do coração e esperou mais de seis meses para o exame sair, quando saiu ele já havia falecido, ele tinha 57 anos (fragmento do diário de campo).

Os elogios se concentraram no atendimento ofertado pelos médicos das ESF, caracterizando-o como humano e acolhedor, como mostra as falas abaixo:

Eles (os médicos) sempre me atenderam muito bem, Dra. XX então, é perfeita” (usuária 6).

O atendimento da médica é muito bom, ela conversa, dá conselho, agora do PSF, não, têm umas aqui que tratam a gente feito cachorro (familiar 2).

A falta de acolhimento na unidade de saúde, por parte de alguns profissionais, era um aspecto que, frequentemente, surgia na narrativa dos usuários. Era uma queixa que se direcionava, em especial, à recepção.

O atendimento na recepção da unidade é muito ruim, as pessoas não informam nada direito, é como se tivessem lhe fazendo um favor (fragmento de fala de usuário registrada no diário de campo).

Elas não têm muita paciência para informar as coisas pra gente, é tão bom quando a gente encontra alguém que nos informe alguma coisa, quando nos ajuda, seja com uma informação. Mas aqui tem má vontade pra fazer as coisas, se não gosta do trabalho, vai fazer outra coisa, e deixa alguém que gosta vir fazer o trabalho, agora a gente chega doente e fica pior com o mau atendimento (fragmento de fala de usuário registrada no diário de campo).

O acolhimento se inicia na recepção, tais situações demonstram uma falta de disponibilidade do profissional para ouvir o paciente e ajudá-lo na sua queixa. Isso também aponta para uma falta de acolhimento existente no serviço, fato que chama atenção, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família é porta de entrada para a rede de saúde e uma das suas principais ferramentas para estabelecer o vínculo do paciente com a unidade é o acolhimento, a forma como ele é recebido no serviço.

Nesse cenário, parece que o acolhimento fica restrito ao profissional da enfermagem e que a abordagem feita ao usuário na recepção não é vista como um momento em que o acolhimento se inicia.

Em meio a esse quadro de práticas curativas, destaca-se o grupo “De bem com a vida”, que é um grupo de idosos, que tem aproximadamente dez (10) anos. O grupo executa ações de promoção e prevenção à saúde, funcionando de modo quase invisível na unidade. Quase invisível, porque nenhum dos profissionais, em seus discursos, falaram sobre ele.

Pela manhã fiquei transitando pela unidade, até perceber que estava acontecendo um grupo de idosos, perguntei ao gerente se poderia participar e assim o fiz. Ao entrar me apresentei, falei brevemente da pesquisa e se poderia ficar por ali observando. A coordenadora do grupo é uma ex-funcionária da unidade que já se aposentou. A responsável é uma assistente social que está de licença prêmio e essa ex-funcionária está em seu lugar temporariamente. O grupo estava trabalhando com artesanato. Sentei-me e eles vinham falar comigo, trouxeram lanche, falaram que o grupo já estava no finalzinho. Tem uma ex-gerente da unidade que era a presidente do grupo, mas que ainda dá um suporte sempre que precisam. Mostraram-me suas produções, como: pintura em pano de prato, crochê, boneca de pano, caixinhas de madeira. Nesse espaço, um vai ensinando ao outro, trazendo seu conhecimento e experiência e compartilhando com os outros. Relataram que é um momento de descontração, e que faz

muito bem a eles, “ocupa a mente”. Convidaram-me para o bazar na próxima semana, vão expor e vender suas peças. Relataram que já aprenderam muita coisa no grupo e que seus produtos são uma fonte de renda para eles (fragmento do diário de campo).

Diante do exposto, percebe-se que as práticas de saúde, que estão para além do modelo biomédico, parecem passar despercebidas nesse espaço, onde suas ações de promoção de cuidado tem como fundamento o modelo biomédico, isto é, centrado na figura do médico e em práticas curativas com base no medicamento.

Fui ao PSF hoje pela manhã. Estava tendo o bazar do grupo de idosos. Eles estavam expondo as peças que confeccionaram tanto no grupo quanto em casa. Minha percepção sobre a ação é que parecia algo alheio à unidade, a articulação foi percebida apenas entre os componentes do grupo. O gerente passou e cumprimentou o grupo, mas os outros funcionários passavam reto (fragmento do diário de campo).

Com isso, aponta-se para mais um aspecto que sugere a falta de articulação com outros setores da rede, no sentido de promover o evento no qual o grupo se propôs desenvolver.

A unidade estava bem vazia, por conta não apenas da greve dos médicos, mas também, porque hoje a dispensação de medicamentos foi suspensa, pois a farmacêutica não estava (fragmento do diário de campo).

Desse modo, o fragmento descreve um contexto que é comumente marcado por práticas medicalizantes, onde quando os principais executores dessas ações não se encontram nesses espaços, o lugar fica vazio, isto é, esvaziado pela demanda que sempre está a lotar esse cenário.

II. 2.2.1. Desvelamentos das salas de espera

As salas de espera do Sinhazinha eram sempre um lugar para se encontrar boas histórias. O lugar de encontros entre os usuários, seja entre os que já se conheciam ou os que acabaram de se conhecer e, ali, falavam suas histórias e trocavam suas experiências.

Uma usuária conversa com a outra e conta que está morrendo de dor na perna, diz que tomou alguns remédios por conta própria, mas que nada adiantou. A outra usuária pergunta que medicamento foi, ela responde, e a outra, logo em seguida, diz que estava com uma dor na coluna e que tomou Ibuprofeno de 500mg e foi “tiro e queda”, foi o que a fez melhorar, e indicou essa medicação para a colega da queixa na perna. Diz que inclusive estava ali pra se consultar com a médica e que ia pedir para ela prescrever esse medicamento novamente, porque ela se deu muito bem, e mandou a colega fazer a mesma coisa ao se

consultar com a médica. (sala de espera do médico 1, fragmento do diário de campo).

Vou para a sala de espera da psiquiatria. Sento-me ao lado de duas usuárias que conversam sobre a medicação, uma delas reclamando que não está se dando bem com o remédio e, por conta própria, resolveu partir o remédio e tomar apenas a metade. Diz que no início do tratamento tomava essa medicação de 25mg e que não a encontra em nenhuma farmácia, então o médico prescreveu a de 100mg, que é mais fácil de encontrar, mas com essa dosagem ela fica “mal” não consegue fazer nada dentro de casa, se sente melhor quando só toma a metade. Veio falar com a médica pra ver se ela troca a medicação (não foi essa médica quem passou a receita, foi em um hospital geral da cidade). Conta que adoeceu depois da medicação. A outra usuária disse que o filho dela já havia tomado essa medicação e também não se deu bem, e ela suspendeu, falou com o médico depois, e ele suspendeu, mudando para outra medicação (fragmento do diário de campo).

Diante das histórias ouvidas, percebe-se como é corriqueiro a prática da automedicação e o uso acrítico do medicamento. “Nota-se ainda, a atitude do usuário hoje que já chega ao consultório médico com o nome do medicamento que ele quer que o médico prescreva”.

Com isso, destaca-se como o processo da medicalização vem sendo fortalecido no contexto da Atenção Básica através das atitudes dos usuários também.

Sentei-me, um pouco, próximo à farmácia, veio uma senhora com a sua neta de outro bairro pegar medicamento no posto, enquanto a neta foi à farmácia, a usuária sentou-se ao meu lado e começou a conversar. Perguntei por que ela havia vindo de outro bairro pra pegar medicação aqui. Responde que lá no seu posto não tem. Conta que pediu para a médica do seu posto passar diazepam para ela, mas a médica se recusou. Conta que já fez uso desse medicamento, que gosta, porque a faz relaxar. Hoje toma um fitoterápico, mas diz que não faz efeito. Fala que não dorme bem, e que com o diazepam ela dormia, quem passou para ela foi o antigo médico da unidade, mas como há uma rotatividade grande de médicos, ele já saiu.

Outro fato que reforça esse aspecto e que chama a atenção, foi a presença de representantes de medicamentos dentro desse contexto da USF, serviço que faz parte da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. A presença se constituiu como algo intrigante, pois o cenário de atuação desses representantes, geralmente são os consultórios particulares e não os consultórios públicos, marcando, assim, o crescimento da ação da indústria farmacêutica e sua inserção nos mais diversos contextos, uma vez que, atualmente, os consumidores de saúde são encontrados em todos os espaços públicos e privados.

Dentre as histórias desveladas nas salas de espera essas mereceram destaque, foram escutadas na sala de espera onde aconteceu o bazar do grupo De Bem com a Vida, e trazem muitos aspectos dos quais a pesquisa propôs discutir, são fragmentos retirados do diário de campo.

Senhora A chegou, sentou em frente a Senhora B e perguntou como foi que ela lidou com o marido com Alzheimer (elas pareciam já se conhecer) e quanto tempo ele havia ficado com a doença. A Senhora B respondeu que ele ficou 5 anos “graças a Deus, Deus levou”, fala isso por conta do sofrimento que foi para ela ter que cuidar dele durante esse tempo. “O médico disse que essa doença a pessoa cria ódio por uma pessoa, e que bom Dona B que não foi a senhora”. Senhora B conta que não deixava chave na fechadura e que seu marido a tinha como uma mãe. Senhora A disse que o marido dela estava com um ano de diagnóstico e que ela já não estava aguentando mais. Conta que na noite anterior seu marido ficou falando de ir ao banco tirar dinheiro. Senhora B: “pra tirar dinheiro ele não esquece né? Quando meus netos chegavam em casa, meu marido mandava ir embora, xigava e chamava eles de vagabundo”. Senhora A diz que antes de dormir ela deu um remédio “pra tranquilizar que Dr^a. X passou”. A médica mandou dar 10 gotas, mas ela ficou com medo e deu 4 gotas, e colocou 1 gota pra ela também. Ela dormiu que não viu nada. Conta que por volta das quatro da manhã acordou com o telefone tocando, era seu marido dizendo que estava perdido, que tinha saído para ir ao banco tirar seu dinheiro. Ela disse que não tinha condições nem de levantar da cama quanto mais de ir buscá-lo na rua, e mandou ele vir de táxi. Quando deu umas cinco horas da manhã ela saiu ao encontro dele, porque ele não voltou, conta que ele estava na porta do banco, que não tinha uma pessoa na rua. Ela perguntou o que ele havia vindo fazer naquele horário na rua, ele conta que queria ser o primeiro a ser atendido. Quando o banco abriu que ele foi retirar o dinheiro, mas não lembrou a senha, como ele já havia passado tudo para ela, ela colocou a senha e retirou o dinheiro e conta: “Eu também já tou esquecendo as coisas”.

As idosas falam de coisas triviais. Entra no assunto de gravidez, diz antigamente que as mulheres sofriam “pra parir, mas hoje o médico vai lá corta a barriga e pronto”, faz uma cesárea.

Uma idosa conta que gosta de tomar um vinho pérgola, não falta na sua casa, coloca um pouco com gelo e açúcar, toma após o almoço e dorme que é “uma beleza, só acordo lá pras 14h, que é quando vou fazer meu artesanato”.

Uma idosa relata que teve depressão, que tinha uma psicóloga lá na unidade que fazia atividades grupais com o grupo de idoso, que era ótimo, mas a prefeitura cancelou, e agora não tem mais. A psicóloga foi realocada em outra instituição. Conta que gostava muito, que a psicóloga fazia atendimentos individuais quando eram necessários.

II. 2.2.2. A farmácia e suas histórias

A farmácia do Sinhazinha é um espaço peculiar, além dos atendimentos médicos, esse era o outro serviço mais requisitado por todos os usuários, que vinham dos quatro cantos da cidade na esperança de encontrar o, tão almejado, medicamento.

Ao meu lado senta uma senhora que também veio pegar medicação, veio do bairro Bugio. Ela me pergunta sobre o ônibus que tem que pegar para voltar para casa. Digo que não sei dar essa informação, mas que assim que ela chegar ao ponto de ônibus ela pode pedir essa informação, que alguém lá pode informá-la melhor. A Senhora conta que pegou um ônibus para vir ao PSF e que parou muito longe, desceu e não sabia onde estava, que teve que andar muito para chegar aqui, conta que também caiu na rua (fragmento do diário de campo).

As histórias ouvidas foram contadas tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, que ali transitavam.

O usuário vem para o posto Sinhazinha com a crença de que se não tem aqui, não tem em nenhum outro lugar. Alguns chamavam o Sinhazinha de distribuidora de medicamento (fragmento do diário de campo).

Assim, de acordo com a Atendente de farmácia, de todos os medicamentos dispensados 90% são psicotrópicos, sendo atendida em torno de 300 receitas por dia. Dentre essa categoria de medicação os que mais saem, na farmácia básica da USF, são: Amitriptilina, Sertralina, Clonazepam e Fluoxetina .

Nesse contexto, a Atendente ressalta a queixa que ela mais escuta dos usuários:

Geralmente as receitas não vêm especificando a patologia, o diagnóstico. Aqui o que eu mais escuto dos pacientes é que precisam de um remédio pra dormir. [...] Vejo que muitos deles usam o medicamento, porque não conseguem lidar com algum trauma que passaram, alguma situação difícil, não porque nasceram com a doença, não suportam as dificuldades e partem para o medicamento, aqui lhe digo que mais de 90% são usuários de controlados.

Diante disso, percebe-se que a prescrição de medicamentos psicotrópicos parece prevalecer neste contexto, mesmo diante da inespecificidade que se constitui o diagnóstico em saúde mental, comumente construído partir de achados empíricos.

Segundo a Farmacêutica 1, as receitas com prescrições de medicamentos psicotrópicos não são obrigadas a ter a descrição do CID, geralmente são receitas que têm apenas o nome e a quantidade do medicamento indicado, porém, elas ficam retidas no momento em que a medicação é entregue ao usuário, essa obrigatoriedade do CID é apenas para receitas com prescrição de antibióticos.

Vale ressaltar que a entrega do medicamento psicotrópico só acontece com a presença do farmacêutico, como a unidade passou um período com apenas um farmacêutico, em um turno, muitos usuários não pegavam o medicamento, alguns esperavam na própria unidade a chegada do profissional (mesmo faltando horas para ele chegar), e outros saíam sem o medicamento.

A unidade está sem farmacêutico pela manhã, os usuários de controlado (como eles chamam) vêm pela manhã, mas não pegam medicamento, têm que voltar à tarde, porque só o farmacêutico pode liberar. As funcionárias não fazem cerimônia ao dizer porque a unidade está sem farmacêutico, “aqui tá sem farmacêutico pela manhã, ela não aguentou o tranco não, foi e não voltou mais, não aguentou a pressão e pediu pra sair” (fragmento do diário de campo).

Para a dispensação de medicamentos, os profissionais da farmácia seguem algumas orientações contidas no guia de Procedimentos Operacionais Padrão (em anexo), fornecido pela Secretária Municipal de Saúde. Na parede da farmácia têm algumas instruções para os usuários a respeito da entrega do medicamento, como:

Entrega de medicação comum: 1. Receita original com carimbo e assinatura do médico; 2. Cartão do SUS; 3. Xerox da receita; OBS: a receita tem validade de três meses e tem que conter a prescrição uso contínuo. *Entrega de medicação controlada:* 1. Receita original e sua segunda via; 2. Cartão SUS; 3. RG da pessoa que vem buscar; OBS: a receita tem validade de 30 dias corridos (fragmento do diário de campo).

Na farmácia, atualmente, há um déficit significativo de medicação, os mais solicitados estão em falta, porque a demanda é grande e a gestão não está enviando todos os medicamento na quantidade solicitada, assim, quando o medicamento chega à farmácia logo termina. Os farmacêuticos relataram que esse mês de dezembro, por exemplo, foi solicitado 12 mil comprimidos de Sertralina e Clonazepam, em uma semana já não tinha mais nenhum comprimido.

A média dos medicamentos psicotrópicos dispensado na farmácia básica, com base nos inventários dos meses de fevereiro e abril de 2016, foi de aproximadamente: 42 mil comprimidos de Amitriptilina 25mg, 46 mil comprimidos de Carbamazepina 200mg, 52 mil comprimidos de Clonazepam 2mg, 44 mil de Fluoxetina 20 mg e 45mil comprimidos de Sertralina 50mg.

Esse destaque aos meses de Fevereiro e Abril de 2016 se deu devido ao fato de que, a partir do segundo semestre, a unidade de saúde passou a vivenciar situações de intensa instabilidade por conta da greve dos profissionais, justificativa essa encontrada nos inventários para a não conclusão do documento à gestão municipal, que não atendia

a quantidade solicitada, reduzindo significativamente o envio de medicamentos, e por fim, a excessiva demanda de usuários que não permitia que os profissionais dispensassem tempo para atividades burocráticas, como conta o Farmacêutico 2. Desse modo, tais aspectos interferiram na elaboração dos inventários dos meses seguintes, não sendo disponibilizados os seus dados para consulta, pois não estavam completos.

No momento da dispensação, quando a demanda de usuários diminuía, foi percebido que os farmacêuticos procuravam passar algumas orientações em relação ao uso dos medicamentos aos usuários, em especial, os psicotrópicos.

Quando dá tempo a gente faz uma orientação rápida no momento que está entregando o medicamento, e quando a gente faz isso, os usuários atribuem como sendo uma bondade da nossa parte. E não era pra ser assim, porque é o nosso trabalho fazer isso. (Farmacêutico 2).

Um dos farmacêuticos destacou a diferença entre a entrega e a dispensação do medicamento. Aponta que entregar é ler o que está escrito na receita, pegar o medicamento e levar ao paciente, e a dispensação seria uma entrega orientada desse medicamento, porém a prática da farmácia perpassa pela entrega do medicamento, não a sua dispensação.

Aponta ainda a diferença entre remédio e medicamento:

O medicamento é a substância, o químico, e remédio é um paliativo, podendo ser uma massagem, por exemplo, não necessariamente um medicamento, uma substância em si (Farmacêutico 2).

A orientação feita pelo farmacêutico não é vista com aceitação pelos outros profissionais que o assistem, criticando-o. Falam:

Aqui não é NASF, você não tem que ficar fazendo essas coisas não, vá pro NASF, daqui a pouco o usuário se estressa e dá na sua cara (fala de uma funcionária da farmácia).

A partir das observações realizadas e inserção na rotina da farmácia, notou-se a dificuldade que a unidade possui para dimensionar o uso do medicamento psicotrópico.

Enquanto estava na farmácia conversando com os profissionais, fiquei por volta de duas horas, todas as receitas, sem exceção, tinham a prescrição de, ao menos um, psicotrópico (fragmento do diário de campo).

O telefone tocou três vezes hoje pela manhã, durante as horas que passei por lá, todas as ligações eram para saber se na farmácia já tinha chegado o medicamento psicotrópico que estava faltando (fragmento do diário de campo).

Ao observar esse fato, foi perguntado aos profissionais como os usuários reagem quando não tem o medicamento. A Atendente de farmácia diz:

Minha filha você tá por fora do tanto de coisa que acontece aqui nessa farmácia, é uma loucura, já pegaram isso aqui (ela pega um grampeador) e atiraram na gente. Têm os usuários de controlados que não entendem, a gente diz que não tem o medicamento e eles acham que é má vontade da gente, teve uma usuária aqui que discutiu com a farmacêutica, quando a farmacêutica virou as costas, ela enfiou a mão na janelinha e puxou o cabelo da farmacêutica (a usuária tinha vindo à farmácia pegar clonazepam). Pois é, tou te dizendo. Têm aqui os usuários do clonazepam que são os mais problemáticos, que não entendem quando não tem o medicamento e que a culpa não é nossa.

O usuário sai gritando pelo posto, dizendo que estavam (os funcionários) “pegando a medicação do PSF para vender”. Reclama com os outros funcionários a respeito da falta do medicamento. “Me contaram que essa eu compro, mas a 45 eu pego aqui no posto”, usuário falando sobre o medicamento que a funcionária da farmácia disse que não vem para o posto, que ele tem que comprar (fragmento do diário de campo).

As narrativas sugerem a dependência dos usuários em relação ao medicamento psicotrópico e a apreensão dos profissionais em lidar com esses usuários, quando estes não conseguem levar o medicamento, porque está em falta no serviço, destacando, em suas falas, o medo de sofrerem agressões dentro e fora do ambiente de trabalho.

Atendente F mesmo teve um dia que foi pro rio, quando pensa que não vem um usuário falando “ohh a mulher do posto”, eles reconhecem a gente, já pensou se a gente trata mal e encontra com eles na rua e eles vêm agredir a gente. Aqui a gente trata bem, tem que ter paciência (Atendente de farmácia).

Nesse contexto, os profissionais da farmácia salientam que têm usuários que se utilizam do seu diagnóstico para justificar suas atitudes.

Muitos se utilizam da doença para se justificar, justificar suas atitudes, acabam tirando proveito da situação, chegam logo dizendo “eu sou doido” (Atendente de farmácia).

No que tange à prescrição, pôde-se observar que os psicotrópicos estão sendo prescritos por todas as especialidades médicas, não se restringindo apenas aos psiquiatras, apontando para uma banalização da prescrição para o uso dessa categoria de medicamento.

As receitas vejo que não é só psiquiatra que prescreve não, hoje, todos os médicos, de qualquer área passam controlado, clínico geral, até aquele que espeta, qual o nome mesmo? (Respondo acupunturista). É esse aí mesmo. Tenho uma colega mesmo que o médico passou Amitripilina pra enxaqueca (Atendente de farmácia).

Outro ponto de destaque, e que gera momentos de conflito entre usuários e atendentes de farmácia, é quando o médico prescreve um medicamento que não é distribuído pela Farmácia Básica.

Têm medicamentos que os médicos passam, mas que não são distribuídos pelo PSF, na receita ou coloco tudo explicadinho ao lado de cada medicamento, o que tem, o que não tem, o que eles têm que comprar, e mesmo assim, parece que não entendem. Quando tem muita gente na fila mesmo, a gente vai lá diz os medicamentos que não têm pra eles não ficarem esperando, mas mesmo assim, ficam na fila, esperam a sua vez de serem atendidos e tenho que dizer novamente que não tem o remédio. [...] Tem médico que ajuda só passa o remédio que tem aqui no posto, os médicos daqui mesmo, só passam os que vão encontrar aqui, mas já têm outros que não (Atendente de farmácia).

Diante do discurso, nota-se a importância do trabalho articulado e em equipe dos profissionais que compõem o serviço e a rede de atenção à saúde do município, uma vez que as atividades desses profissionais estão ligadas direta ou indiretamente. Desse modo, para o serviço funcionar é preciso que todos os atores envolvidos estejam implicados não apenas na execução das ações, mas principalmente na sua construção.

II.2.2.3. Vícios da Instituição

Nesse cenário, foi apontado alguns vícios que os profissionais notam como sendo peculiares ao Sinhazinha, como a transcrição de receitas médicas; usuários que vêm de outros bairros, ou até mesmo de municípios circunvizinhos, e têm suas receitas transcritas para não saírem sem a medicação; usuários que constantemente invadem os consultórios médicos, querendo ser atendidos sem obedecer às regras da instituição; e, profissionais com mais tempo de serviço que acabam conduzindo o seu trabalho da forma que melhor lhe convém, não considerando o trabalho em equipe.

Uma usuária veio pegar medicamento, contudo, a farmacêutica do dia havia acabado de sair, então, o medicamento (controlado) não poderia ser dispensado, as atendentes negaram atendimento. A usuária reclamou com a gerência, veio outra funcionária, de outro setor, pegou o medicamento e saiu. A funcionária da farmácia reclamou da atitude, e disse que “quem sai de ruim na história somos nós” (fragmento do diário de campo).

Teve paciente atrás de renovar a receita, a enfermeira transcreve e o médico assina, prática bastante comum na unidade. Geralmente, são medicamentos para diabetes e hipertensão (fragmento do diário de campo).

Quando falava com o Dr. K, nossa conversa era constantemente interrompida pelos usuários para serem atendidos logo. O médico relata que isso é uma prática comum na unidade, os usuários são arrogantes, querem ser atendidos imediatamente, no tempo deles, não respeitam o médico (fragmento do diário de campo).

Em relação à transcrição de receitas de outros municípios, alguns profissionais não concordam em liberar, porque cada município recebe os seus insumos de acordo com o número de habitantes, com isso, atendendo a outros usuários que pertencem a outros municípios, cria-se uma sobrecarga sobre o município de Aracaju e, como consequência, ocorre uma diminuição dos insumos direcionados à população aracajuana. Porém, sempre se dá um jeito para que os usuários não saiam sem o medicamento.

O que geralmente acontece muito é a transcrição de receitas pelo médico, sem reavaliar o paciente. [...] Muitos pacientes de outros municípios vêm pegar medicamento no Sinhazinha, como não podem entregar com a receita de outro município fazem a transcrição também. Muitos pacientes voltaram sem o medicamento, no período da greve, quando o farmacêutico diz que não tem, os usuários dizem que sempre pegam lá, fazendo confusão para não ter que sair sem o medicamento. (Farmacêutico 2)

Segundo o médico 2, renovação da receita é um vício difícil de desconstruir, uma vez que os usuários do território se acham no direito de solicitar sempre que precisarem.

Chega uma usuária jovem, mais ou menos 35 anos, chega dizendo que é usuária da unidade, que tem prontuário ali, e em seguida diz que perdeu a data de todos os exames que estavam marcados para ela, ela queria remarcar-los. Conta que também precisa de uma receita para pegar os medicamentos que ela já faz uso. A recepcionista pede para ela ir falar com a enfermeira. Depois pede seu prontuário na recepção e volta com uma receita na mão (fragmento do diário de campo).

Desse modo, percebe-se que os vícios que ocorrem na unidade parecem estar integrados aos serviços que a mesma oferece enquanto dispositivo de cuidado.

III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo discutir os resultados encontrados e os levantamentos apontados no capítulo anterior, com base na literatura que aborda o tema. Para isso, o presente bloco foi dividido em dois tópicos: “O Medicamento Psicotrópico a partir das narrativas de usuários, familiares e profissionais de saúde” – que engloba a discussão dessa categoria de medicamento no processo de cuidado dos sujeitos que fazem uso e de seus familiares, e dos profissionais que o utilizam como prática de cuidado – ; e “A Unidade de Saúde da Família: lugar onde as narrativas emergiram”, que envolve a compreensão desse contexto a partir dos resultados encontrados e da literatura correspondente.

III. 1. O Medicamento Psicotrópico a partir das narrativas de usuários, familiares e profissionais de saúde

A era da medicalização tem se tornado um terreno fértil para o uso de medicamentos e tecnologias que possibilitam o alívio imediato do sofrimento do sujeito. Assim, o uso de medicamento psicotrópico tem crescido e se fortalecido, cada dia mais, com a significativa contribuição dos seus usuários – que declaram depender dele para viver –, de seus familiares – que julgam ser imprescindível o uso – e dos profissionais – que não veem outra estratégia.

Nesse sentido, a medicalização, que se constitui em um processo que tende a transformar problemas não médicos em problemas médicos, é entendida, nesse contexto, a partir dos pressupostos teóricos de Peter Conrad, uma vez que, dos conceitos que procuram definir o tema, o de Conrad foi o que mais facilmente pôde ser compreendido na prática, no campo da pesquisa, em especial, quando o autor também chama a atenção para a responsabilidade dos usuários e familiares para a expansão desse processo, se colocando como consumidores de bens e serviços médicos.

Na USF, campo da pesquisa, era corriqueiro observar usuários e familiares solicitando a transcrição de receitas sem passar por avaliação médica, e quando passavam pela consulta já iam com o nome do medicamento para o médico prescrever. A esse respeito, Veras (2009) destaca que, ao procurarem o serviço público, os usuários já chegam com um pré-diagnóstico feito por eles mesmos. Desse modo, solicitações de exames, consultas com especialistas, medicamentos, eram procedimentos tecnológicos

que os médicos diziam sempre prescrever, pois, por vezes, os usuários atribuíam dúvida ao atendimento ofertado, caso não tivessem as suas demandas atendidas.

Diante disso, a pesquisa buscou compreender a concepção de atores, que fazem parte do cenário da unidade de saúde da família, a respeito do medicamento psicotrópico no processo de cuidado.

III. 1.1. O Medicamento psicotrópico sob o olhar do usuário.

A concepção dos usuários, que fazem uso de medicamento psicotrópico, a respeito desse tipo de medicação perpassa pelo benefício ou não que o medicamento pode provocar em relação as suas queixas e sintomas. Como cita Marder (2005), é a partir do efeito que o medicamento produz para o usuário que ele vai experienciar esse uso. Com isso, observou-se que os usuários, por vezes, diziam não saber sobre e/ou qual o medicamento estavam utilizando, falavam do medicamento a partir dos efeitos apresentados no corpo que ele produzia.

Nesse sentido, percebeu-se na fala dos usuários uma ambivalência quanto ao uso do medicamento, ou seja, ao mesmo tempo em que consideravam o uso necessário, positivo, pois contribuía para a redução dos sintomas, também relatavam o lado negativo devido aos efeitos adversos que esse uso produzia.

A ambivalência presente nos discursos dos usuários pode ser entendida, segundo Rollnick, Kinnersley e Stott (1993), como um conflito entre duas ações que perpassam pelos benefícios e os custos trazidos por esse uso do medicamento psicotrópico. Em complemento, Rollnick, Heather e Bell (1992) apontam que a ambivalência é um problema comum encontrado nos serviços de saúde, em especial, em usuários que apresentam dificuldades com o uso de algum tipo de substância.

Com isso, destaca-se a importância, no momento da prescrição, das orientações que os médicos devem fornecer aos usuários para que estes utilizem o medicamento de forma crítica, se atentando para os efeitos apresentados no processo de cuidado.

Mark (2010) e Longo e Johnson (2000) salientam que os medicamentos psicotrópicos são comumente prescritos e que devido ao uso generalizado, dessa categoria de medicação, surge uma preocupação sobre o seu uso e prescrição feitos de forma inadequada, não beneficiando os usuários, podendo, até mesmo, agravar o seu quadro clínico com a emergência de diversos efeitos adversos. Isso, porque, segundo Mark (2010), poucas são as informações que se têm sobre as condições do paciente que está

sendo tratado com esses medicamentos, destacando que, apesar da maioria desses medicamentos serem prescritos para condições psiquiátricas, existe um leque de possibilidade que compõe essas condições, demonstrando, assim, a complexidade do diagnóstico, tratamento e desafios que permeiam o campo psiquiátrico.

Mark (2010) levanta a questão de que, mesmo com a grande prevalência do uso de psicotrópicos nos processos de cuidados adotados, estudos que envolvam, de modo abrangente, as condições para as quais esses medicamentos estão sendo prescritos ainda são poucos.

Diante do exposto, ressalta-se que os efeitos adversos (sonolência, lentidão, baixa pressão, entre outros) destacados pelos usuários, no cenário da pesquisa, atravessam aspectos tanto individuais quanto coletivos, isto é, à medida que os medicamentos atuam, causando limitações físicas e psíquicas, influenciam ainda nos aspectos sociais vividos pelos usuários.

Segundo Marder (2005), Sarwer-Foner foi o primeiro a chamar atenção para a importância dos efeitos adversos dos medicamentos psicotrópicos relatados pelos usuários, apontando que os efeitos colaterais como a sedação e outros efeitos fisiológicos podem se constituir como fatores estressantes, e interferir na melhora clínica do sujeito.

Vale salientar que apesar das narrativas dos usuários no contexto da pesquisa permitirem algumas generalizações quanto à concepção do usuário a respeito da medicação, para que assim se possa compreender esse uso, faz-se necessário frisar que, como salienta Marder (2005), cada usuário experiencia o medicamento de forma diferente, enfatizando a importância do médico levar em consideração a perspectiva do paciente, quanto ao uso do medicamento psicotrópico, para o estabelecimento de estratégias no seu processo de cuidado, uma vez que os efeitos adversos se constituem como fatores significativos para a não adesão ou abandono do tratamento.

Para Benini (2015) é importante lembrar que a forma como o usuário percebe o seu sofrimento é atravessada pela cultura, pelo social e o orgânico, por isso, ao narrar sobre a sua concepção sobre o medicamento psicotrópico ele fala a partir de como se sente com o uso dela.

Nesse contexto, notou-se ainda, nessa relação usuário-medicamento, o valor simbólico que o medicamento possui para o usuário. A esse respeito, Carrilho et al. (2015) destacam que o medicamento ocupa um lugar simbólico para o sujeito, aspecto facilmente observado nos serviços de saúde públicos, onde o consumo e a prescrição de

psicotrópicos, para as mais variadas queixas relacionadas às situações cotidianas (luto, insônia, problemas familiares), são constantes. Com isso, percebe-se que o medicamento, assim como o sintoma, não se limita ao corpo biológico do sujeito, ele se constitui como elemento simbólico, elemento de satisfação, que atua no sentido de mascarar a causa do sofrimento, não permitindo, desse modo, que o usuário elabore sobre aquilo que o faz sofrer, permanecendo fixado na ordem das suas queixas e sintomas.

Assim, percebe-se a posição central que o medicamento assume no processo de cuidados dos usuários, sendo dificilmente associado a outros tipos de terapia. Segundo Benini (2015), o medicamento continua sendo estratégia de cuidado pouco questionada e negociada, e, prescrito ainda de modo pouco sensível à experiência dos usuários.

Para Cavalcante, Minayo e Mangas (2013), ao adotar o medicamento como estratégia de cuidado é preciso reconhecer e estar atento para os limites e os efeitos adversos que ele pode produzir tanto no decorrer do tratamento como a longo prazo para que, assim, seus efeitos adversos não superem os seus efeitos terapêuticos, perdendo, desse modo, o sentido inicial para o qual foi prescrito.

Por conseguinte, evidencia-se, com isso, o poder do discurso médico sobre o sofrimento do sujeito e no estabelecimento das estratégias de cuidado. A esse respeito, Guarido (2007) traz que o medicamento psicotrópico tem sido adotado como intervenção médica prioritária, reduzindo o sujeito “à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios” (p.154). Diante disso, a autora destaca que, apesar da tentativa de superação dos velhos paradigmas que reduz o sujeito a sua doença a partir de estratégias institucionalizantes, as estratégias terapêuticas “disciplinadoras mantêm-se ainda vigentes” (p.156).

Em meio a esse contexto, percebe-se que ocorre uma desresponsabilização do sujeito frente a sua condição de sofrimento, atribuindo a responsabilidade de melhora, como salientam Onocko-Campos e Gama (2008), exclusivamente ao medicamento. Isso sugere acontecer pelo fato de os usuários compreenderem seu sofrimento fundamentado na visão biomédica de saúde-doença, em que a saúde é entendida como o completo estado de bem-estar biopsicossocial (OMS, 1946) e a doença é o rompimento desse estado, que, geralmente, se encontra localizada em alguma parte do corpo/órgão doente.

O estudo aponta ainda para o uso abusivo, por vezes, relatado pelos usuários e profissionais da unidade. Diante disso, Carvalho et al. (2017) destacam que, em meio a este aspecto, a rede de atenção à saúde deve inserir estratégias tanto individuais quanto

coletivas para a “promoção do uso seguro e racional de medicamento” (p.135), como possibilidade para a redução dos efeitos adversos provocados pelo medicamento, inclusive intoxicação pelo uso abusivo do medicamento psicotrópico. Fato que surgiu em vários trechos das narrativas dos usuários.

Associado a esse uso abusivo, nota-se a interação medicamentosa presente no tratamento da maioria dos usuários, no qual tanto os usuários quanto os profissionais relataram uma variedade de medicamentos utilizados e prescritos concomitantemente como estratégia de cuidado.

A prescrição simultânea de vários medicamentos é denominada por vários autores (COSTA, 2015; KUSANO, 2009; VIOLA et al., 2004) de polifarmácia. Segundo Viola et al. (2004) e Costa et al (2017), não há atualmente, na literatura, uma definição uniforme para o termo polifarmácia, contudo, existem duas abordagens principais: a que se refere ao uso concomitante de dois ou mais medicamentos – polifarmácia menor – e a que considera o uso de cinco ou mais medicamento – polifarmácia maior –. Viola et al. (2004) apontam ainda que o termo polifarmácia também pode ser utilizado para indicar um uso irracional de medicamentos.

James et al. (2017) salientam que devido à falta de evidências sobre a eficácia e a segurança da polifarmácia dos medicamentos psicotrópicos, recomenda-se aos profissionais que evitem essa prática e adotem a monoterapia para a condução do processo de cuidado, garantindo, desse modo, a menor probabilidade de ocorrência de efeitos adversos. Todavia, essa sugestão é raramente adotada, como pôde ser observado no campo da pesquisa, onde os usuários relatavam utilizar sempre mais de dois medicamentos.

Outra prática comumente encontrada, e que se entrelaça aos achados da pesquisa, foi a prática da automedicação. De acordo com Gualano et al. (2014) a prática da automedicação consiste no uso de medicamento/s sem receita ou consulta médica para o tratamento de determinados sintomas, em que muitos casos são oferecidos por outras pessoas como familiares, amigos, colegas; que compartilham tanto o medicamento como o suposto conhecimentos que se pensa ter sobre o seu uso, não se preocupando com a falta de conhecimento sobre a substância e o uso apropriado, levando assim, como destacam Gama e Secoli (2017), ao uso inadequado da substância.

A automedicação é uma prática crescente do mundo contemporâneo e, com isso, se configurando em um problema de saúde pública em todo o mundo (GUALANO et al. 2014). Nesse sentido, para Domingues et al. (2017), grande parte dos medicamentos que

os usuários utilizam na prática da automedicação precisam de prescrição médica para serem dispensados, contudo, mesmo contendo restrições, os usuários conseguem obter com facilidade vários tipos de medicamentos sem receita médica, inclusive medicamentos psicotrópicos. Esse fato pode ser entendido devido à facilidade de acesso que a sociedade contemporânea, globalizada, contexto da medicalização, possibilita com a transformação dos sujeitos em consumidores de bens e serviços médicos (GUALANO et al. 2014).

Desse modo, a pesquisa aponta, a partir dos discursos dos usuários, que a concepção destes em relação ao uso do medicamento psicotrópico é construída com base na sua experiência com o medicamento, que, por sua vez, se encontra para além dos efeitos no corpo biológico, sugerindo haver, nesse cenário, uma fragilidade das orientações médicas a respeito desse uso, fazendo com que os usuários tenham pouca, ou quase nenhuma, informação sobre as ações do medicamento no seu processo de cuidado. Ações estas que equivalem a melhora ou piora da queixa apresentada e ao surgimento de efeitos adversos devido ou não a sua interação com outros medicamentos.

III. 1.2. Medicamento psicotrópico: o ideal familiar

Diante das narrativas coletadas de familiares de usuários do serviço de saúde da Atenção Básica, que fazem uso do medicamento psicotrópico, notou-se um discurso semelhante aos conteúdos trazidos nas falas dos próprios usuários, em especial, quando coloca o medicamento psicotrópico como ponto central no tratamento, por entenderem o sofrimento do seu parente como uma doença, algo que está na ordem do orgânico, depositando, assim, nesse medicamento, “a esperança de cura”, e conseqüentemente, o fim do sofrimento (físico e psíquico), não apenas do usuário, mas deles também.

Nesse sentido, Gomes et al (2015, p.252) colocam que, “quando pais ou responsáveis elaboram a demanda por tratamento em torno da prescrição de um medicamento podem estar nada mais que agindo em consonância com a cultura farmacocêntrica vigente”.

Com isso, a concepção do medicamento psicotrópico para o familiar perpassa pelo benefício da atuação do medicamento na remissão dos sintomas, tendo uma visão positiva do medicamento, mesmo que, por vezes, tenham sido identificadas em suas falas as limitações provocadas pelo medicamento.

De acordo com Pinho, Hernández e Kantorski (2010), situações que envolvem enfermidades crônicas apresentam-se com grande impacto para a família, promovendo alterações no modo de vida e na readaptação ao momento de sofrimento vivenciado por todos os membros da família. Entretanto, os autores apontam que, em meio a essa situação, novos vínculos afetivos podem emergir dentro do grupo familiar, favorecendo a descoberta de novos potenciais e o fortalecimento dos laços de amizade, respeito, solidariedade e convivência.

Logo, o cuidado para o familiar que cuida do seu parente em sofrimento foi um dos aspectos que emergiu nas narrativas dos familiares, apontando para uma necessidade de suporte do serviço de saúde para que eles saibam como lidar com o seu sofrimento e o sofrimento do outro, ampliando a atuação da família, nesse contexto, para além da contribuição à adesão ao tratamento medicamentoso.

Como salienta Pereira e Vianna (2009), o serviço de saúde deve se colocar como suporte para a família poder cuidar, uma vez que, ao se visitar a história do papel da família nesse processo de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, ela sempre ficou e/ou se colocou à margem desse processo, sendo esse contexto familiar um lugar que favorece, significativamente, à reabilitação do usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um dos objetivos das unidades de saúde é trazer a família para o cotidiano dos serviços, pois, em muitos casos, ela se constitui como o elo mais próximo entre o usuário e o mundo, o que fortalece o processo de cuidado. Porém, essa não foi uma realidade encontrada no contexto estudado.

Diante disso e a partir dos discursos dos familiares, ressalta-se a importância da família nesse processo de cuidado. Para Pinho, Hernández e Kantorski (2010), a família, hoje, deve ser percebida como parceira, um suporte para ajudar o sujeito a lidar com o seu sofrimento, com isso, os profissionais de saúde devem ter ciência da importância que a família tem para o tratamento do usuário, incentivando a participação do familiar da melhor forma possível, incluindo-o nas práticas de cuidado existentes no cotidiano dos serviços.

Tanto Pereira e Gomes (2012) quanto Souza e Scatena (2005) afirmam que, como a família representa um papel importante no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, isso repercute em sua saúde e qualidade de vida, necessitando, também, de intervenções junto à equipe de saúde, mas quando esse acompanhamento da equipe não

acontece acaba por gerar uma sobrecarga, que afeta a saúde física e mental dos membros da família.

Em meio a esses discursos, percebeu-se a falta de conhecimento que o familiar tem em relação ao estado de saúde apresentado pelo usuário, fato que, com frequência, relatavam gerar angústia e expectativa em relação ao tratamento. A esse respeito, Gomes, Martins e Amendoeira (2011) ressaltam que, geralmente, a responsabilidade delegada à família, cuidadora do usuário, não condiz com o seu preparo para lidar com a situação, por não compreender o comportamento e as manifestações dos sintomas do sujeito em sofrimento psíquico, tendo como consequência a sobrecarga física e emocional, chegando, em alguns casos, a permanecerem em uma constante situação de angústia e medo.

Diante disso, Pereira e Vianna (2009) apontam que os serviços de saúde podem estabelecer estratégias para diminuir as dificuldades dos familiares na convivência com os usuários; orientando-os sobre os sinais, sintomas, tratamento, medicação, manejo; e abrindo espaço para que a família possa expor suas “necessidades e sentimentos” (p. 33).

A inclusão da família no serviço de saúde está para além do estímulo ao usuário à adesão ao tratamento, ela deve participar diretamente das atividades ofertadas pela unidade, das reuniões, assembleias, esclarecendo suas dúvidas e dando sugestões, e com isso, se envolvendo de forma ativa no processo de cuidado dos usuários (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, os serviços, que prestam suporte ao sujeito em sofrimento psíquico, ao promoverem a inserção da família nas práticas de cuidado, assumem a responsabilidade por essa família também (PINHO, HERNÁNDEZ e KANTORSKI, 2010).

Como destacam Pereira e Vianna (2009), a assistência ao usuário de medicamento psicotrópico não precisa se limitar à estrutura do espaço físico da unidade e a seus profissionais, mas expandir-se para a família, seu território, sua comunidade, seu contexto social, favorecendo, desse modo, o processo terapêutico do usuário.

Desse modo, percebeu-se ainda, a partir das narrativas dos familiares, a banalização da prescrição médica, com a prática constante da transcrição de receitas sem avaliação do usuário. O familiar, por vezes, dizia se dirigir à unidade, sem o usuário, para pegar a medicação que estava chegando ao fim.

Gomes et al. (2015) justifica essa prática da renovação da receita, no contexto da Atenção Básica, ressaltando que ela acontece por dois motivos: primeiro pela

necessidade do usuário pegar a medicação na farmácia básica, porque o medicamento está acabando; e pela dificuldade que este encontra para conseguir um atendimento com especialista.

Contudo, tais explicações não amenizam os efeitos que essa prática tem para o processo de cuidado do sujeito, como a dependência ao medicamento, por exemplo. Efeitos esses que se estendem para a própria unidade, como, por exemplo, a falta de oferta de um serviço que possa atender às necessidades mínimas da população.

Diante do exposto, nota-se a fragilidade do serviço quanto ao suporte ao familiar, no qual esses atores denotam, a partir dos seus discursos, uma carência de orientação tanto a respeito da ação do medicamento no processo de cuidado quanto de estratégias para lidar com as suas dificuldades (enquanto cuidador) e do sofrimento do outro (enquanto sujeito que necessita de cuidado).

III. 1.3. O que dizem os profissionais sobre os psicotrópicos

De acordo com Ferrazza, Rocha e Luzio (2013), têm-se percebido que o modelo vigente de saúde que predomina nos serviços, geralmente, estabelece suas estratégias de cuidado a partir de sinais e sintomas, os quais compõem um catálogo de doenças tratáveis, onde a cura perpassa pela remissão dos sintomas, e que, nesse contexto, “reduzir sintomas passa a ser não só o centro da questão, mas, talvez, a única perspectiva” (p.258).

Com base nas narrativas dos profissionais, notou-se que, na unidade de saúde campo da pesquisa, o modelo biomédico, por vezes, fundamenta as práticas nele estabelecidas, em que o medicamento é a principal estratégia do tratamento e o discurso médico é tido como uma verdade universal. Embora, alguns poucos profissionais tentem fugir a essa prática tradicional, a própria dinâmica estabelecida no serviço acaba por encerrar esses desvios.

Com isso, concepção dos profissionais de saúde, inseridos no cenário da pesquisa, a respeito do medicamento psicotrópico, perpassa pela sua eficácia na remissão dos sintomas, sendo a principal ou a única estratégia de cuidado adotada para o processo terapêutico dos sujeitos que fazem uso desses medicamentos. Os profissionais apontaram ainda que a adoção do medicamento como centro do tratamento, com frequência, tem se caracterizado como única demanda do usuário, em que, frente a essa demanda, o médico se coloca na posição de mero prescritor.

Hedenrud, Svensson e Wallerstedt (2013) e Borges et al (2015) destacam que a pressão que o usuário faz para o médico prescrever o psicotrópico, a restrição de tempo para a consulta e a falta de alternativas de tratamento são fatores que contribuem para iniciação e/ou manutenção do uso. Uso esse, por vezes, desnecessário, em especial, no contexto da Atenção Básica.

Tais aspectos sugerem explicar o fato de que, nesse contexto, na narrativa de alguns profissionais, foi percebida uma conscientização quanto à banalização da prescrição medicamentosa, porém, na execução da sua prática o profissional não aplicava ou apresentava dificuldade para escapar a essa lógica da prática biomédica.

Benini (2015) coloca que o médico irá avaliar o medicamento com base na sua eficiência, no que tange às manifestações dos sinais e sintomas apresentados pelos usuários, adotando o medicamento, por vezes, independente da percepção que o usuário tenha a respeito da medicação, o importante é o efeito na remissão dos sintomas, para, no caso do contexto da saúde mental, uma aproximação com a “cura”. A autora salienta que os efeitos adversos que os medicamentos psicotrópicos podem provocar, influenciam na experiência que os sujeitos irão ter com o medicamento, e que muitos desses efeitos podem surgir antes mesmo do efeito terapêutico esperado. Marder (2005) complementa esse pensamento, citando que os usuários podem apresentar uma visão muito diferente sobre a eficácia do medicamento em relação aos médicos.

Diante disso, Quintana et al. (2013) ressaltam que, ainda que o diagnóstico de transtorno mental contribua para aumentar as possibilidade do uso de medicamentos psicotrópicos, há uma grande diferença entre a demanda e o uso desses medicamentos, ou seja, o número de usuários que demandam uso é bem menor que os índices de usuários que fazem uso dessa categoria de medicação. Para os autores, esse fato se constitui como um achado preocupante, uma vez que o uso inadequado e abusivo desses medicamentos pode provocar a cronificação dos sintomas e a dependência.

A dependência ao medicamento psicotrópico foi um aspecto destacado nas falas tanto dos usuários, quanto dos familiares, quanto profissionais da unidade de saúde, revelando uma preocupação sobre as consequências que esse efeito tem sobre o sujeito.

Segundo Hedenrud, Svensson e Wallerstedt (2013), o uso de medicamentos psicotrópicos está crescendo e que, apesar dos benefícios na remissão dos sintomas, tem trazido problemas de dependência, medicalização e efeitos adversos. Esse uso problemático já pode ser percebido ao identificar que o usuário faz uso de três ou mais psicotrópicos, pois as intervenções com psicotrópico devem buscar a prescrição de

psicotrópico e não de um grupo dessa categoria de medicamento, isso demonstra o quão complexo é a prescrição desses medicamentos, visto que, o processo de cuidado está relacionado a uma gama de fatores que não se limita apenas as necessidades médicas do usuário.

Aguiar et al. (2016) salientam que um forma importante de evitar o uso simultâneo de medicamentos psicotrópicos é o prescritor ter conhecimento e experiência sobre o emprego desses medicamentos, “que passaram de coadjuvantes para protagonistas nos tratamentos psicológicos”, devido à “supervalorização do fármaco” e a “medicalização do sofrimento” (p.100), configurando, com isso, o uso indiscriminado desses medicamentos. Em consonância, Auchewski et al. (2004) apontam que o uso do medicamento dever ser apenas parte do processo de cuidado dos usuários, não devendo, desse modo, substituir outras estratégias de terapêuticas que devem fazer parte desse processo.

Auchewski et al. (2004) destacam que o uso de psicotrópicos, nos dias atuais, está sendo feito, na sua grande maioria, de forma irracional. Nesse sentido, é perceptível a crescente banalização da prescrição dessa categoria de medicamento, sugerindo que a prescrição racional deve ser constantemente estimulada, e que isso requer do profissional uma atitude vigilante e o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário.

Para Auchewski et al. (2004), esses fatores podem ser desenvolvidos através da frequência das consultas, em que o médico tem a possibilidade de ver o paciente com mais frequência e promover um boa relação. Contudo, na realidade, o que se observou é que muitos usuários vão ao serviço de saúde para obterem somente uma nova prescrição.

No que tange às orientações sobre o uso do medicamento psicotrópico, Auchewski et al (2004) salientam que uma orientação bem realizada não depende da especialidade médica, ou seja, essas orientações não precisam ficar somente sob responsabilidade do psiquiatra, os médicos da família e toda a equipe do programa, por exemplo, podem fornecer informações sobre o uso consciente, evitando o uso inadequado e abusivo da medicação.

Segundo os discursos dos profissionais, o uso inadequado, e até mesmo abusivo, do medicamento é uma característica, frequentemente, apresentada pelos usuários do serviço, comprometendo não só a eficácia do tratamento, como a saúde do sujeito.

Nesse sentido, o uso abusivo do psicotrópico se estabelece, como ressaltam Carmo e Silva (2013), em um alívio para a dor.

Contudo, a origem dessa dor, por vezes, se constitui para além do orgânico, do decifrável através de sinais e sintomas físicos, e isso precisa ser considerado em nível de estratégia de cuidado.

Um ponto apresentado por um dos profissionais do serviço, como justificativa para a grande demanda de usuários solicitando medicação psicotrópica, foi a diminuição da crença na religião. Tal aspecto foi indicado por Conrad (2007), ao relatar que os sujeitos diminuíram sua fé na religião, ao tempo que passaram a acreditar mais na ciência, descrevendo, assim, o contexto sociocultural que o processo de medicalização se insere, tendo o psicotrópico importante função nesse cenário, já que permite aos seus usuários o alívio imediato da dor, os colocando em um constante estado de analgesia.

Em meio a isso, os médicos relataram que ao propor a descontinuidade do uso ocorre uma forte resistência dos usuários, frisando que ainda não obtiveram sucesso algum com essa estratégia. Como assinalam Longo e Johnson (2000), os usuários apresentam dificuldade para interromper o uso de psicotrópicos devido a medos infundados e a ansiedade antecipada em achar que não irão conseguir dar conta do sofrimento sem o uso do medicamento. Tal postura é comumente percebida em usuários que fazem o uso crônico do medicamento.

Outro ponto relatado, por alguns dos profissionais, foi o de que sempre que os usuários são encaminhados para a consulta médica saem com a prescrição de algum psicotrópico. Sobre isso, Ferrazza, Rocha e Luzio (2013) ressaltaram em sua pesquisa o mesmo acontecimento, indicando que o encaminhamento, no contexto da saúde mental, é sinônimo de prescrição de psicotrópicos, independente da medicação ser necessária ou não. Margarido (2012) complementa que em uma consulta médica feita de forma breve não se tem condições suficientes para determinar um psicodiagnóstico e, conseqüentemente, a prescrição de psicotrópicos, porém essa é uma “Situação que se encontra tanto em serviços públicos quanto particulares” (p.144). Tal aspecto, reflexo da falta de recursos humanos e materiais que os serviços de saúde vivenciam.

O mau uso do medicamento psicotrópico pode trazer danos irreparáveis para os usuários. Assim, no contexto da Atenção Básica é frequente a chegada de demandas de saúde mental, e isso requer das Equipes de Saúde da Família intervenções rápidas, conhecer o perfil dos usuários de psicotrópico, identificar o uso inadequado e promover estratégias de saúde que acolham esses usuários, pois isso não só facilitará o acesso aos

serviços de saúde como a adesão e continuidade ao tratamento (YONEYAMA, MARUITI e ESTEVES, 2016). Todavia, o que foi percebido e relatado por alguns dos profissionais no campo da pesquisa é que pouco preparo se tem para receber esses sujeitos que demandam atenção de saúde mental no contexto da atenção básica.

Desse modo, quando se pensa em atenção básica se pensa em equipe multidisciplinar, acolhimento sujeito, usuário dos seus serviços, onde, compartilhando do pensamento de Pulido, Monare e Rossi (2008), a equipe multidisciplinar deve estar envolvida no acompanhamento do usuário, para que as estratégias de cuidado sejam mais eficazmente estabelecidas, e, assim, se construam alianças terapêuticas que ultrapassem a relação médico-usuário, fazendo com que a equipe, como um todo, seja incluída nesse processo, contribuindo para a expansão do suporte ao usuário e a sua família. Entretanto, tais aspectos não foram identificados no contexto da pesquisa.

III.2. Unidade de Saúde da Família: lugar onde as narrativas emergiram

III. 2.1. USF: Dificuldade de implantação nos grandes centros

Diante do exposto, destaca-se a dificuldade que se obteve para encontrar dados históricos sobre a instituição, dificuldade essa, segundo Veras (2009), geralmente, encontrada no setor público. A esse respeito, o autor coloca que é como se essas instituições se transformassem “em um eterno presente”, interferindo negativamente na condução e oferta dos seus serviços, fazendo com que os “gestores andem em círculo, repetindo velhas fórmulas e velhos erros” (p.191).

As práticas de saúde encontradas nesse contexto, por vezes, têm como base o modelo biomédico de saúde que, de acordo com Sousa, Erdmann e Mochel (2010), ainda predomina ações essencialmente curativas que colocam a doença como centro do processo, negligenciando, assim, ações de proteção, promoção e prevenção de agravos à saúde do sujeito.

Desse modo, a superação a esse modelo biomédico de saúde se constitui como um dos obstáculos para a implantação das USF nos grandes centros urbanos, como salienta Sousa (2008). Fato esse que interfere na consolidação de políticas públicas de saúde que, no caso da USF, encontram-se condensadas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). O PNAB tem como propostas o desenvolvimento da instituição e a transformação do serviço para além das práticas curativas, com base na descentralização – com ações no território – e promoção à saúde e prevenção à doença do sujeito.

Sousa (2008) ressalta que nos dispositivos de saúde, aqui representado pela USF, ainda é comum encontrar, nos grandes centros urbanos, resistência às novas formas de cuidado por parte dos atores envolvidos, o que contribui para a manutenção de práticas assistenciais curativas, do modelo hegemônico, dificultando, assim, a sua implantação nesses espaços.

Um dos pontos que denota a valorização do modelo médico, no contexto da USF, pôde ser percebido na falta de atenção dada ao grupo de idosos que ali estava inserido. Nas narrativas colhidas (dos profissionais, usuários e familiares) em nenhum momento houve menção à existência do grupo, que se posicionava nesse ambiente como algo a parte da realidade da unidade, porém, o grupo se destacou, nesse cenário, a partir do desenvolvimento de outras estratégias de cuidado (artesanato, bordado, atividade física) que vão de encontro às práticas curativas.

O momento do grupo era um momento de trocas: de cuidado, de experiência, de vida. Não havia um saber predominante que regia, administrava e conduzia o grupo, mas saberes coletivos que se encontravam naquele espaço para construir estratégias de cuidado. O artesanato, o bordado, o crochê, eram apenas instrumentos para a efetivação do objetivo maior, que consistia na promoção à saúde.

Para Sato e Ayres (2015), a utilização da arte não é um modo de fazer saúde comumente utilizada em um ambiente que é inscrito pela técnica e pela ciência, como a unidade de saúde. Contudo, os autores colocam que a utilização da arte no cotidiano dos serviços de saúde não é muito utilizada, pois pode se configurar como uma tentativa de fugir à técnica e à ciência. No entanto, a arte traz para esse espaço outras dimensões do humano que escapam à técnica.

Quando se trata do cotidiano das práticas de saúde, por exemplo, aspectos associados à saúde, ao sofrimento ou, mesmo, à finalidade da vida – que passam, muitas vezes, despercebidos – podem ser colocados sob novas luzes. [...] Neste contexto, a arte pode ter um papel fundamental. [...]. Os efeitos terapêuticos da arte têm sido reconhecidos por alguns séculos e, nas últimas décadas, foram desenvolvidos estudos científicos sistemáticos que objetivaram, sobretudo, compreender os efeitos da arte sobre a saúde dos pacientes (SATO e AYRES, 2015, p 1028)

Diante disso, percebe-se que ainda se caminha a passos lentos a efetivação de novas formas de saúde e a abertura dos profissionais para o acolhimento dessas práticas. A superação do modelo médico hegemônico perpassa também pela formação dos profissionais inseridos na USF. No contexto da pesquisa, com frequência, os profissionais destacavam a falta de preparo para lidar com algumas demandas,

comprometendo, assim, o atendimento ao usuário, em especial, usuários com demanda de saúde mental; relatando a necessidade de capacitação para lidar com esses sujeitos que chegam constantemente ao serviço.

Outro ponto de destaque é fato da USF, campo da pesquisa, se caracterizar também como referência em saúde mental para usuários em tratamento de transtornos psiquiátricos moderados. Apesar da intenção da proposta, de desafogar os serviços de atenção especializada como os CAPS, ser relevante para atenção à saúde do município, tal aspecto se colocou, nesse cenário, como um reforçador das práticas curativas dentro da Atenção Básica, onde se espera práticas de saúde que visam à promoção à saúde e à qualidade de vida dos usuários, familiares e comunidade; e a superação da fragmentação das ações dentro das unidades de saúde; como citam, respectivamente, Sousa (2008) e Gomes e Pinheiro (2005).

Gryschek e Pinto (2015) apontam que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica desperta bastante interesse à ciência, uma vez que, no contexto do Brasil, uma parte significativa da população apresenta algum tipo de transtorno mental, gerando preocupação e necessidade de se estabelecer modos de cuidado que atendam às necessidades desses sujeitos.

Prata et al. (2017) destacam que a relação entre a Atenção Básica e a saúde mental apresenta um caráter estratégico, pois a Atenção Básica se tornou a principal referência e a porta de entrada para toda a rede de saúde, inclusive para as demandas de saúde mental.

Entretanto, constata-se que essa demanda de saúde mental na Atenção Básica se apresenta de forma particular e complexa, e para isso, necessitando de estratégias que estão para além do saber médico psiquiátrico tradicional, implicando novas propostas, que perpassam pelo estabelecimento de estratégias de desinstitucionalização dos cuidados aos sujeitos que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico.

Por desinstitucionalização entende-se como sendo “um processo que não prescinde das instituições, mas as reinventa permanentemente, trabalhando contra estratégias seculares da institucionalização e sua cultura de exclusão”, com a construção de redes de atenção à saúde, produção de novos campos de cuidado e, com isso, produção de vida (Prata et al., 2017, p. 37).

O cenário da pesquisa não se configurou muito diferente do encontrado no atual contexto da sociedade contemporânea ocidental, porém, o que se tem percebido é que, apesar dos serviços substitutivos à ordem hospitalocêntrica, o medicamento – quando

colocado no centro do tratamento – entra como estratégia que promove e/ou se encontra a serviço da institucionalização do sujeito.

Essa postura se constitui em um paradoxo nesse contexto da Atenção Básica, pois o espaço que deveria desenvolver estratégias para possibilitar ao usuário ser protagonista do seu processo de cuidado, onde o medicamento deve entrar em cena como um parceiro do cuidado e não como o cuidado em si, no entanto, o coloca como passivo nessa relação – usuário/cuidado –, atribuindo a responsabilidade pela melhora da sua saúde somente ao medicamento.

Outro aspecto observado no cenário da pesquisa, e que Sousa (2008) destaca contribuir para a fragilidade dessa implantação, é o fato de que as Equipes de Saúde da Família possuem pouca, ou quase nenhuma, integração, tendo como consequência:

A reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e em tecnologias de prevenção, tratamento e cura das doenças, sendo visível a incipiência das práticas de trabalho em equipe, onde ficam claros para os profissionais as responsabilidades de cada um (p.156).

Em complemento a essa discursão, Gomes e Pinheiro (2005) ressaltam o acolhimento e o vínculo, pontos frágeis encontrados no cenário da pesquisa, como atitudes que possibilitam a construção de relações nas práticas de saúde, além de favorecer as ações de intervenção resolutiva e a produção de responsabilidade clínica nesse contexto da USF.

Para o fortalecimento desses pontos, a unidade conta com uma das principais estratégias, o fato do serviço contar com profissionais efetivos favorece, significativamente, à construção de vínculos entre os atores na USF, como destacam Monteiro, Figueiredo e Machado (2009).

Esse aspecto emergiu no campo da pesquisa, onde o vínculo era percebido nas relações entre os profissionais efetivos como: médicos e enfermeiros, porém, quando os profissionais eram terceirizados ou temporários, pouco se observou esse aspecto. Tal fragilidade pode ser explicada pela grande rotatividade desses profissionais, que contribui para a dificuldade na construção desse laço.

Assim, a falta de estabilidade no trabalho se instala como um dos fatores que interfere na formação do vínculo entre profissionais-usuários e, até mesmo, profissionais-profissionais, tendo como consequência o comprometimento do funcionamento do serviço ofertado pela Estratégia de Saúde da Família (MONTEIRO FIGUEIREDO e MACHADO, 2009; PASSAMANI, SILVA e ARAÚJO, 2008).

Diante do exposto, no que tange à Equipe de Saúde da Família (ESF), observou-se, no contexto pesquisado, que o acolhimento se restringia aos profissionais de enfermagem, os demais não se responsabilizavam, se limitando a exercer a sua função técnica, demonstrando que a organização do trabalho em equipe acontecia de forma fragmentada.

Vale ressaltar que alguns profissionais associavam a dificuldade para o estabelecimento do vínculo, com os usuários do próprio território, ao nível sócio-econômico destes, pois eram, na sua grande maioria, usuários pertencentes à classe média-alta, atribuído a esse público, sujeitos de difícil acesso.

Segundo Ronzani e Silva (2008), sujeitos de classe média, que possuem consciência de suas condições e possibilidades, geralmente, são quem determinam sobre sua própria saúde, mesmo que suas concepções de saúde tenham como base a compreensão preconcebida por profissionais de saúde. Tal fato pode ser um indicativo para a dificuldade dos profissionais da USF estabelecerem laço com essa parcela de usuários, pois como coloca Passamani, Silva e Araújo (2008), a classe média passou a utilizar os serviços das USF por necessidade, já que ela vem perdendo poder aquisitivo e, com isso, não consegue manter os planos de saúde e continuar utilizando os serviços de saúde suplementar.

O contexto pesquisado compartilha da ideia de Passamani, Silva e Araújo (2008), quando salientam que a USF passou a atender a classe média, por estes necessitarem do serviço e não por interesse em aderir a esse sistema, desse modo, ao utilizarem os serviços contidos nesse espaço, exigem um atendimento fundamentado no modelo médico tradicional, de práticas curativas e pontuais, modelo de saúde ofertado pela saúde suplementar, do qual faziam parte.

Outro fator que contribui para a dificuldade de implantação das propostas para uma USF, perpassa pelo não atendimento aos usuários contidos no território de abrangência, ou seja, a unidade, devido à falta de recursos humanos e insumos para o trabalho, só conseguia atender uma pequena parcela (10%, aproximadamente dez mil usuários, de um total de, aproximadamente, 100 mil usuários com prontuários abertos na unidade) da sua população de referência.

No que tange a esse dado, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), como a unidade, loco da pesquisa, conta com duas equipes de saúde, o número de usuários que o Ministério sugere é de no máximo oito mil (8 mil), para unidades com um número maior, é sugerido três equipes e, mesmo assim, com o número máximo de

doze mil (12 mil). Desse modo, percebe-se que a realidade pesquisada foge, consideravelmente, aos números sugeridos pelo Ministério da Saúde.

As ESF devem ser referência para as demandas de saúde dos usuários e seus familiares adscritos no território de abrangência da USF. Contudo, com as estratégias para a consolidação e expansão da assistência à saúde através da Estratégia de Saúde da Família, apesar do êxito, atravessam algumas dificuldades, em especial, no que condiz aos recursos humanos e à gestão do trabalho (PAULA, 2012; CAETANO e DAIN, 2002).

O campo de pesquisa, além de não conseguir dar conta dos usuários do território, contava ainda com uma demanda extra, isto é, usuários que não faziam parte da área de abrangência solicitavam atendimento no serviço, gerando, com isso, uma demanda excessiva que a unidade não estava preparada para receber.

Passamani, Silva e Araújo (2008) ressaltam que para os profissionais e gestores essa realidade se constitui como mais um dos percalços que atravessa o cotidiano da USF e impossibilita a efetivação de suas ações, colocando os profissionais entre “os princípios que regem a Estratégia de Saúde da Família como a territorialização, o acompanhamento contínuo e o vínculo; e o acesso a um serviço público que deve ser para todos” (p.43).

Como consequência, ocorre o desvio de função e a sobrecarga de trabalho para o contingente de profissionais ali inseridos, gerando, com isso, insatisfação no trabalho. De acordo com Scherer et al. (2016), a falta de recursos humanos contribui diretamente para a sobrecarga de trabalho, fato que no contexto das USF parece acontecer de modo rotineiro devido à demanda excessiva de usuários e às ações que esse espaço exige, como: ações de promoção à saúde e prevenção a doença, tanto em nível individual quanto coletivo, seja no espaço da unidade, seja no domicílio dos usuários.

Segundo Scherer et al. (2016), o trabalho no âmbito da atenção básica:

Convoca a subjetividade do trabalhador para uma atenção humanizada ao usuário, observando não apenas suas queixas, mas também o seu contexto social e ambiental. Ao mesmo tempo em que devem adaptar-se ao novo modelo de atenção em curso na APS, assumindo responsabilidades do campo multiprofissional prescritas pela Política Nacional da Atenção Básica (p.96).

O desvio de função para “tapar buracos” – expressão utilizada por profissionais interlocutores da pesquisa –, é uma das particularidades encontradas, comumente, nos serviços de saúde, em especial, na Atenção Básica, onde geralmente o trabalho real não

condiz com o trabalho prescrito (FARIA e ARAÚJO, 2010; SIMÕES e FREITAS, 2016).

A distinção entre o trabalho real e o prescrito, a partir da concepção trazida por Faria e Araújo (2010), se refere ao fato de que o trabalho prescrito é tudo que é posto e acordado anteriormente à realização do trabalho – normas, ferramentas, tempo para a operação –, enquanto que o trabalho real é o que de fato acontece na rotina do serviço, que na grande maioria das vezes foge às condições ideais de trabalho. Fruto dessa dinâmica, por vezes, difícil de administrar, encontra-se a frustração dos profissionais para lidar com essa realidade, que acaba sendo naturalizada pela impossibilidade, relatada por eles, de instituir mudanças efetivas para transformá-la.

Dentre as dificuldades identificadas no contexto da USF, e que se constituem também como um possível obstáculo para o sucesso da sua implantação, encontra-se na falta de estrutura física da unidade, queixa, frequentemente, presente nas narrativas dos profissionais e usuários. Tal fator contribui ainda para o sentimento de insatisfação no trabalho (SIMÕES e FREITAS, 2016).

Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) apontam o investimento na estrutura física das USF como um importante ponto para a sua consolidação e expansão, além do estímulo ao desenvolvimento de ações de saúde que favoreçam o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde local.

Nesse contexto, percebe-se que, em relação às propostas e diretrizes de implantação da USF, muito se tem para avançar, não apenas na dinâmica de trabalho e de suas práticas de saúde, predominantemente, curativistas, mas também em ações de sensibilização aos usuários sobre as possibilidades de trabalho da unidade de saúde, que reforçam esse caráter curativista empregado nos atendimentos.

Diante disso, o cenário das salas de espera, espaços coletivos e ricos de experiências, é um começo possível para a consolidação do serviço da UFS, através de práticas de educação em saúde que irão promover saúde e descentralizar o atendimento para além dos consultórios médicos.

III. 2.2. A sala de espera: lugar de encontros

A sala de espera é um território onde os usuários do serviço de saúde aguardam atendimento (TEIXEIRA e VELOSO, 2006; GUIDOLIN E MULLER, 2013 e RODRIGUES et al., 2009). Segundo os autores, é um espaço dinâmico, onde os sujeitos conversam, trocam experiência, se expressam, se emocionam, se observam, deixando emergir, enquanto esperam pelo atendimento, suas aflições, tensões, doença, vida cotidiana, a qualidade do serviço ofertado pela instituição e o saber popular em relação ao cuidado de si – do seu corpo –, interagindo, como apontam Verissimo e Valle (2006), o saber popular com o saber científico, este presente na unidade através dos profissionais de saúde.

A sala de espera também carrega um caráter de transitoriedade, pelo fluxo contínuo e variado de usuários, onde o singular e o coletivo interagem, fazendo com que as expressões, vivências, espontaneidade e o senso comum se manifestem (TEIXEIRA e VELOSO, 2006).

A sala de espera foi um espaço que contribuiu significativamente para a pesquisa, se tornando um lugar de falas e encontros possíveis. Como destaca Sobral (2013), um lugar em que os usuários do serviço poderiam falar por elas mesmas sobre suas queixas, inquietações e angústias, onde a atenção da pesquisadora flutuava “em busca de vozes que procuravam alguém para ouvir” (p.65).

Para Sato e Ayres (2015, p.1030), a sala de espera se configura em um espaço oportuno para práticas de educação em saúde, um lugar “privilegiado para o acolhimento no seu sentido mais verdadeiro”. Porém, como cita Silva et al. (2013, p.1004), “estar em uma sala cuja função aparente é apenas esperar é uma prova do esvaziamento dos sentidos nos espaços férteis para intervenções em saúde”.

Essa colocação, destacada por Silva et al. (2013), era uma realidade que, com frequência, se observava no campo da pesquisa, isto é, os profissionais de saúde inseridos nesse espaço tinham a sala de espera como um lugar de passagem para algum outro setor da unidade, seja para os consultórios, a copa, a administração, o banheiro, e/ou todo o conjunto de salas que compõem a instituição, não tendo esse espaço, da sala de espera, como um espaço potencializador das práticas de saúde.

Esse caráter de passagem é destacado por Zambenedetti (2012). O autor salienta que nos serviços de saúde, geralmente, as salas de espera são constituídas por corredores, próximo às salas de atendimento, onde se colocam algumas cadeiras enfileiradas e encostadas na parede e que dão acesso a outras salas e setores da unidade.

Segundo Rodrigues et al. (2009), a sala de espera é um território fértil para ações de educação em saúde, para o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre profissional-usuário, onde se pode estabelecer o cuidado humanizado e a aproximação da comunidade com o serviço de saúde.

É por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar muitas vezes os burocratizados serviços prestados (RODRIGUES et al., 2009, p.103).

Paixão e Castro (2006) salientam que a sala de espera é um lugar merecedor de atenção pelos profissionais de saúde, pois é ela que constitui o início da relação entre usuário, doença, equipe profissional e a assistência à saúde propriamente dita. Esse acesso inicial ao usuário e ao conhecimento que ele traz possibilita ao serviço ofertar um atendimento com mais qualidade e eficiência que ultrapassa o modelo de fazer saúde biomédico, que ainda prevalece no cuidado à saúde do sujeito.

A esse respeito, Teixeira e Veloso (2006) ressaltam que o saber biomédico ainda é predominante nos discursos e práticas educativas de saúde, isso, porque os usuários esperam dos profissionais de saúde respostas para o seu sofrimento e o que deveriam fazer para cuidar de si.

Guidolin e Muller (2013) colocam que a sala de espera precisa ser um espaço, reconhecido pelos profissionais de saúde, possível para melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários, pautada na humanização; e como uma forma de conhecer melhor as expectativas da população adscrita em relação ao serviço e ao processo de cuidado.

Assim, para Silva et al. (2013), as práticas de educação em saúde, que geralmente são práticas de promoção à saúde e prevenção à doença, acontecem de modo processual e contextualizada, permitindo a construção do conhecimento a partir da interação do saber científico e popular, podendo acontecer nos mais variados contextos, não se limitando a um espaço geográfico específico, nem de responsabilidade exclusiva de um único profissional.

Segundo os autores, a educação em saúde se constitui como um momento oportuno de resgate do protagonismo dos usuários, uma vez que são práticas que não

buscam a aplicação de técnica e métodos previamente estabelecidos, mas sim, a potencialização do sujeito no seu processo de cuidado.

Desse modo, a sala de espera vem se colocar como um espaço de práticas possíveis de promoção e prevenção, possibilitando aos sujeitos momentos de escuta de si e do outro, e, assim, como destaca Silva et al. (2013), poder reformular, recriar e repensar seus modos de ser e estar no mundo, confrontando, por vezes, formas há muito cristalizadas e adoecedoras.

III. 2.3. A farmácia básica: espaço onde os atendimentos terminavam

A farmácia, geralmente, era o lugar onde os atendimentos terminavam, uma vez que os usuários, ao saírem da consulta médica, com a prescrição dos seus medicamentos, se dirigiam para lá na esperança de encontrar o medicamento prescrito pelo médico.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), a farmácia básica se caracteriza como um programa do governo criado em 1997/98, que visa ao acesso da população a alguns tipos de medicamentos essenciais, com o objetivo de promover qualidade de vida e assegurar a saúde desses sujeitos. A farmácia básica direciona-se, exclusivamente, para a rede de atenção básica de cada município.

Em 2004, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), surge o programa Farmácia Popular, que objetiva a distribuição de medicamentos à população cujos municípios tenham equipes do Programa Saúde da Família. Essas equipes, como descrito no Guia Prático do PSF, recebem a cada três meses do Ministério da Saúde um conjunto de vários tipos de medicamentos como: antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, antitérmicos, para hipertensão, diabetes, asma, entre outros.

Esse não é um programa exclusivo para as unidades de saúde da família, a rede particular de assistência farmacêutica também pode aderir ao programa, dispensando medicamentos com custos muito reduzidos, chegando a ter medicamentos que saem a custo zero para a população, como os medicamentos para hipertensão, por exemplo. Nesse sentido, os estabelecimentos privados que fazem parte desse programa apresentam a seguinte frase “aqui tem Farmácia Popular”.

A farmácia básica da USF foi um dos locais que se destacou no contexto da pesquisa. Mesmo se apropriando de forma genérica desse espaço, a farmácia emergiu nesse cenário como um lugar onde os usuários terminavam as suas consultas médicas,

relatando novamente, por vezes, as suas queixas, sintomas e angústias, aspectos que os faziam procurar a unidade de saúde.

Em vista disso, salienta-se a importância do momento da dispensação não se resumir a entrega do medicamento (ALANO, 2005), é um momento do processo de cuidado que exige que o profissional acolha esse usuário e sua queixa, orientando-o para o uso correto da medicação. Como colocam Galato et al. (2008), ao ressaltarem que a dispensação constitui parte do processo de atenção à saúde do usuário, se configurando como uma oportunidade para o desenvolvimento de ação integrada do farmacêutico com os outros profissionais de saúde, em destaque, os prescritores.

Para Guimarães et al (2017), as orientações sobre o uso do medicamento no instante da dispensação se faz de grande importância para a adesão e eficácia do tratamento do usuário, uma vez que a falta de informações sobre o uso medicamento corresponde um dos principais fatores para o uso incorreto. Desse modo, segundo os autores, com a promoção ao uso correto e seguro do medicamento são notáveis as consequências positivas dessas orientações na eficácia do processo de cuidado, com a redução das complicações e agravamentos das doenças pelo uso inadequado do medicamento, pois esse uso feito de forma inadequada já se configura, nos dias atuais, em um sério problema de saúde pública.

As informações dadas aos usuários no momento da dispensação, no cenário da pesquisa, era algo que nem sempre era possível, devido à demanda excessiva de usuários, a falta de profissionais e um espaço adequado que favorecesse o contato com o usuário (ALANO, 2005).

Vale ressaltar que, segundo Pepe e Castro (2000), tão importante quanto o medicamento entregue nesse instante da dispensação são as orientações envolvidas nesse contexto usuário-medicamento-farmacêutico.

Dentre os medicamentos dispensados, os psicotrópicos correspondiam, segundo os profissionais, aos mais procurados e dispensados, cujas prescrições eram assinadas pelas mais diversas especialidades (médico da família, clínico geral, ginecologista, neurologista, psiquiatra, odontólogos, médico veterinário, entre outras).

Segundo a Portaria nº 344/98, é permitido à prescrição de medicamentos de controle especial também por odontólogos e médicos veterinários, sendo que essa prescrição deve ser feita para uso exclusivo odontológico e veterinário. Na portaria nº 344/98 encontra-se ainda orientações para a elaboração da receita, na qual esta deve vir

não apenas com a prescrição do medicamento, mas conter orientações para o usuário quanto ao modo de uso.

Martins et al. (2012) frisam que, apesar de ser de conhecimento de todos que qualquer especialidade médica pode prescrever medicamento psicotrópico, é preciso muito cuidado na prescrição dessa categoria de medicação, pois são medicamentos com alto índice de tolerância e dependência, exigindo do profissional médico compromisso com a prescrição, assumindo, nesse contexto, a defesa do uso racional do medicamento.

Para Ferrari et al. (2013), o momento da prescrição se constitui de grande importância para o processo terapêutico do usuário, contudo, é preciso atenção e cuidado, uma vez que um erro de medicamento pode levar ao uso inadequado e trazer prejuízos para o sujeito que vai utilizá-lo. Com isso, os autores destacam que a prescrição medicamentosa deve ser entendida como: um documento no processo terapêutico que irá contribuir para a comunicação e interação dos profissionais entre si e dos profissionais e usuários, por isso, ao prevenir e evitar erros nesse momento, pode-se garantir ao usuário um tratamento mais eficaz e seguro.

Na realidade pesquisada, observou-se que a prescrição de psicotrópicos é, comumente, realizada por clínicos gerais. Tal aspecto pode ser observado em outros estudos como o de Firmino (2008) que apontou em seu estudo, sobre a prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde, em uma cidade do interior de Minas Gerais, que 80% das prescrições eram realizadas por clínico geral. Em vista disso, Silva e Rodrigues (2014), Gomes, Fontes e Franco (2014), Quintana et al. (2013) e Cruz et al. (2006) compartilham dos mesmos achados.

Segundo Nordon et al. (2009), em especial, na atenção básica, esse tipo de prescrição geralmente é feita por clínicos gerais e de forma inadequada, seja pela falta de tempo, pela quantidade de usuário, por subestimar a gravidade do problema e/ou dos efeitos colaterais que, com frequência, esse tipo de medicação provoca. Os autores complementam ainda que, é comum nesse contexto “a simples manutenção da receita, sem um acompanhamento especializado” (p.157). Fato esse observado e destacado por alguns profissionais, inclusive os profissionais médicos da USF pesquisada.

Dentre os medicamentos psicotrópicos mais prescritos na USF, campo da pesquisa, quatro receberam papel de destaque: Sertralina, Fluoxetina e Amitriptilina, por vezes, associados ao Clonazepan. Em consonância, achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Aguiar et al (2016), que destacam a Amitriptilina, a Fluoxetina e o Diazepam; e de Araújo et al. (2012), que ressaltam a prevalência da

Amitripitina e o Diazepam; como os medicamentos psicotrópicos mais dispensados nas farmácias da Atenção Básica.

De acordo com Abreu, Acúrcio e Resende (2000), o uso de medicamentos, particularmente os psicotrópicos, tem sido feito de forma exagerada e indiscriminada tanto pelos usuários que o utilizam para a remissão dos seus sintomas, quanto pelo profissional de saúde, que o utiliza como forma de cuidado.

Vale salientar que as informações fornecidas, no momento da dispensação do medicamento, pelo farmacêutico se configuraram como essenciais para os usuários, favorecendo seu uso correto e crítico além da adesão ao tratamento, uma vez que era comum o usuário pegar o medicamento que já utilizava e/ou que irá utilizar sem saber o nome, o modo como deverá utilizar e o tempo de uso (OLIVEIRA, LOPES e CASTRO, 2015).

Para isso, é fundamental que se tenha o profissional farmacêutico no momento da dispensação do medicamento, como estabelece a Lei nº 5.991/73, que todas as farmácias, seja ela pública ou privada, devem ter um técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, em tempo integral (BRASIL, 1973).

Galato et al. (2008) citam que a importância da atuação do farmacêutico na farmácia básica perpassa também pelo reconhecimento das funções e limitações da sua equipe, para que, assim, possa possibilitar a reestruturação e otimização das atividades, sempre supervisionando-as. Todavia, no contexto da pesquisa, essa função do farmacêutico era inexistente, pois foi percebida e relatada (pelo profissional farmacêutico) a dificuldade na relação entre a equipe que compartilhava esse espaço específico da unidade de saúde, tornando o trabalho ainda mais dispendioso, pois além dos desafios da prática cotidiana, da falta de recursos humanos e insumos para dar conta da demanda excessiva, era preciso administrar os conflitos e momentos de tensões que, por vezes, emergiam nessa relação, farmacêutico-auxiliares de farmácia.

Nesse contexto, a atividade de entrega de medicamento era a prioridade, tendo os profissionais que deixar de desenvolver atividades de educação em saúde, e, com isso, deixando de promover um uso consciente/crítico do medicamento. Galato et al. (2008) colocam que lacunas como essa dificultam a atuação do farmacêutico quanto à prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados à terapia medicamentosa, o impedindo, assim, de exercer o seu papel adequadamente nesse espaço e de contribuir para um uso racional do medicamento.

Diante do exposto, percebe-se o fortalecimento, nesse cenário, de práticas medicalizantes, que reforçam o processo da medicalização na Atenção Básica, contexto que deveria priorizar práticas de educação em saúde, acolhimento, vínculo, colocando o medicamento como possibilidade de estratégia de cuidado, e não como protagonista do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como destacado no discurso de alguns profissionais, Aracaju já foi considerada referência em saúde mental. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou um levantamento que destaca a assistência de atenção psicossocial ofertada em Aracaju, classificando-a como a capital de melhor cobertura à atenção à saúde mental do país (BRASIL, 2011). Contudo, vale ressaltar que essa afirmação está fundamentada em dados quantitativos, que ressaltam a quantidade de dispositivos que atendem à demanda de saúde mental, e não na qualidade dos serviços ofertados por estes.

Nessa rede de atenção, encontra-se a USF, loco da pesquisa, que é um dispositivo que, embora já esteja atuando há algum tempo, enquanto serviço de saúde, ainda enfrenta dificuldades para a sua implantação, apresentando um caráter de práticas curativas de saúde que complicam a sua consolidação, enquanto serviço de saúde substitutivo à ordem hospitalocêntrica.

A unidade de saúde da família se constitui em um dispositivo possível de se estabelecer práticas resolutivas de atenção à saúde e prevenção aos agravos, todavia, nos grandes centros urbanos, acaba sendo reduzida a serviços de emergência para reduzir a demanda da atenção especializada.

Desse modo, com base nas políticas públicas de implantação da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se que a USF possui grande potencial para ser agente no processo de desmedicalização do sujeito, apesar de atuar na contramão dessa meta, servindo de agente promotor do processo da medicalização, a partir da oferta dos seus serviços, se colocando, assim, como agente financiador das novas tecnologias (biomédicas) de cuidado para usuários que não tem recursos para adquiri-los.

A partir dos resultados encontrados e da discussão que permitiram realizar, percebe-se que na Atenção Básica o processo de medicalização se faz presente de forma significativa, podendo ser traduzido nas ações de saúde estabelecidas como formas de cuidado, em que o sofrimento apresentado pelos sujeitos, que procuram o serviço, é lido através da linguagem médica, tratado com técnicas médicas, onde a maioria dos atores se encontra a serviço das práticas medicalizantes: seja o profissional que entende o sofrimento a partir das convencionais categorias diagnósticas, seja o usuário que solicita que seu sofrimento necessita ser curado através do medicamento, seja a família que se encontra excluída desse cuidado, contribuindo apenas do sentido de fazer o usuário consumir o medicamento.

Nesse contexto, ficou evidente o conceito de medicalização atribuído por Peter Conrad (2007), quando atribui a esse fenômeno o fato de problemas que antes não eram considerados problemas médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, se expandido através das atitudes dos próprios pacientes e de sua família.

Segundo Sousa (2008), a Estratégia de Saúde da Família vem contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, contudo, diariamente, as equipes de saúde necessitam enfrentar os desafios impostos pela sociedade ocidental contemporânea, contexto da medicalização, que impõe, constantemente, modos de ser e viver aos sujeitos.

Caponi (2013, p.121) acrescenta que “nossa sociedade parece ter definido um modo privilegiado de sofrer, um modo medicalizado de administrar os fracassos e angústias”, e isso se traduz na restrição da pluralidade dos sofrimentos a um denominador comum, caracterizado pelo estabelecimento da mesma estratégia de cuidado – o medicamento psicotrópico.

Com base nas narrativas dos interlocutores da pesquisa, notou-se que, apesar de apresentarem falas, por vezes, diferentes, suas narrativas se cruzam ao adotarem o modelo biomédico de saúde para fundamentar sua prática, em que o medicamento psicotrópico é concebido como principal – ou única – estratégia de cuidado (utilizado, muitas vezes, de forma abusiva), contribuindo para o engessamento de práticas curativistas de saúde há muito arraigadas. Aspecto que poderia começar a ser desconstruído a partir da abertura de espaços que favoreçam o diálogo entre os profissionais e entre os profissionais-usuários-família-comunidade.

No que tange a concepção dos usuários a respeito do medicamento psicotrópico, estes o percebem a partir dos efeitos da medicação sobre os seus sintomas, salientando, nesse cenário, a ambivalência, por eles apresentada em relação ao uso, ou seja, o medicamento é bom porque diminui os sintomas, mas também é ruim, porque outros “sintomas” surgem através dos efeitos indesejáveis que o medicamento provoca. Para os familiares, o medicamento é o alcance do ideal de bem-estar propagado pela OMS, já que o medicamento consegue, na visão deles, dar conta daquilo que eles desconhecem, apaziguando o sujeito e permitindo que ele se aproxime do que é considerado normal. Por fim, os profissionais, atribuem ao medicamento como sendo parte indispensável do tratamento, pois, apesar dos efeitos indesejáveis, é ele que “cura”, que controla os sintomas e o sofrimento – que sozinho o sujeito já não está dando conta.

Em meio a isso, a pesquisa aponta para um desencontro nas falas dos usuários e profissionais quanto às orientações a respeito do uso de psicotrópico, uma vez que os usuários afirmam nada saber a respeito do medicamento que fazem uso, e apresentam dificuldade para colocar sua percepção a esse respeito; enquanto, os profissionais relatam fazer essas orientações, contudo são os usuários que não seguem da forma correta as informações oferecidas. Desse modo, são posturas que apontam para um discurso de vitimização por parte dos usuários e de culpabilização (dos usuários) por parte dos profissionais.

No cenário pesquisado, a excessiva demanda de usuários é um aspecto que chama atenção, e boa parte dela se trata de demanda de saúde mental. Gryscek e Pinto (2015) salientam que, atualmente, grande parte das dificuldades encontradas no contexto da saúde mental deve-se à demanda da Atenção Básica, pois os profissionais que fazem parte da equipe de saúde da família, muitas vezes, não se sentem qualificados para atender a essa demanda e lidar com esses novos usuários, contribuindo, desse modo, para a manutenção das práticas médicas como saber privilegiado de cuidado, tendo como base o atendimento individual e a prescrição medicamentosa.

Essa dificuldade em lidar com a demanda de saúde mental torna-se ainda mais evidente, como percebida no campo da pesquisa, quando o dispositivo não se articula nem entre si, nem entre a rede de saúde existente, onde a comunicação entre os serviços de atenção à saúde se resume aos encaminhamentos.

Porém, como ressaltam tais autores, a Equipe de Saúde da Família tem condições de se responsabilizar pelo desenvolvimento e oferta de cuidados em saúde mental aos usuários e sua família, mediante capacitação de seus profissionais para que saibam identificar os problemas de saúde mental na unidade e no território e estabelecer, assim, estratégias de intervenção eficazes, que vincule o usuário, sua família e a comunidade ao serviço.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da inclusão da família no processo de cuidado ao sujeito – usuário de medicamento psicotrópico –, pois, como apontado na presente pesquisa, a inclusão da família da forma como se encontra apenas reforça as práticas medicalizantes, uma vez que o seu papel nesse processo perpassa apenas pela adesão do usuário ao tratamento medicamentoso.

Passamani, Silva e Araújo (2008) enfatizam a importância de facilitar o acesso aos serviços de saúde à população que, nesse contexto, demanda atendimento. Para que isso aconteça é necessário adequar o número de equipes de acordo com o número de

usuário do território adscrito, possibilitando à equipe realizar ações que fujam à lógica normatizadora e valorize a singularidade do sujeito, a partir da construção de projetos terapêuticos singulares (prática ausente no campo da pesquisa), que possibilite ao sujeito à responsabilização por seu processo de saúde-doença, não atribuído esse papel ao medicamento.

Zoboli (2013) salienta que:

Nesse período, nós estamos vivendo o que a filósofa Adela Cortina chamou de “diferença entre a ética pensada e a ética vivida”, ou poderíamos dizer, entre a política pensada e a política vivida. Uma coisa é o SUS que queremos; outra é o SUS que estamos construindo. E é exatamente na vivência que busca e leva a consolidação do SUS que aparecem os desafios éticos com os quais devemos lidar ao fazermos opções de assistência e organização no cotidiano dos serviços de saúde. Esses desafios são tais que não é exagerado nós arriscarmos dizer que, de fato, não são apenas desafios éticos do SUS, mas o SUS em si é, para cada um de nós, profissionais e cidadãos, um desafio ético (p.363).

Com isso, observa-se a importância de se discutir sobre as práticas atuais de saúde, a contribuição e as concepções que os atores inseridos nos cotidianos dos serviços trazem, como possibilidade para se repensar e reconstruir a atenção à saúde que queremos, possibilitando a abertura de espaços de discussão e reflexão sobre os fundamentos teóricos que regem essas práticas, para que assim, possamos, enquanto profissionais de saúde, ressignificá-las, contribuindo, minimamente, com a oferta de ações de saúde nas quais acreditamos, tendo, nesse contexto, o medicamento psicotrópico como agente que é parte do cuidado e não sinônimo de qualidade de vida para seus usuários.

O presente trabalho buscou discutir no capítulo 1 (um) os conceitos que envolvem o tema da medicalização, trazendo a concepção de alguns dos principais teóricos que conversam sobre o tema com o objetivo de contextualiza e apresentar o cenário sócio-histórico que estamos inseridos, e, no qual a pesquisa acontece. O capítulo 2 (dois) e 3 (três) encontram-se entrelaçados, divididos apenas a título de exposição, uma vez que nos resultados encontram-se discussões, e nas discussões encontram-se resultados; propôs a leitura desses resultados a partir de achados literários, porém não desconstruindo a produção singular presente nas falar dos interlocutores da pesquisa e da pesquisadora. Desse modo, a pesquisa não pretende esgotar essa discussão, ao contrário, objetiva instigar e servir de referência para futuras pesquisas sobre os temas que envolvam os conteúdos aqui discutidos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; ACÚRCIO, F. A.; RESENDE, V. L. S. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v.7, n.1, p.17-23, 2000.
- AGUIAR, C. A. et al. Ansiolíticos e antidepressivos dispensados na Atenção Básica: análise de custos e interações medicamentosas. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. v.8, n.2, p.99-107, 2016. DOI: 10.21115/JBES.v8.n2.p99-107.
- ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina**. 2005. 210f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ANTELO, M. A forma pílula. **Clique: Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano**. nº 01, p. 88-95, abril, 2002.
- ARAÚJO, L. L. C. et al. Distribuição de Antidepressivos e Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral – CE. **SANARE**. Sobral, v.11, n.1, 2012.
- AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v, 26,n1, p.24-31, 2004.
- BARRETO, F. P. A monocultura e a paisagem: o psicofármaco para a psiquiatria e para a psicanálise. **Clique: Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano**. nº 01, p. 54-67, abril, 2002.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 52-75, 2009.
- BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo Biomédico?. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v 11, nº 1, p. 67-84, 2002.
- BENINI, I. S. P. **A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia**. 2015. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP.

BEZERRA, I.C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 18, n.48, p.61-74. DOI: 10.1590/1807-57622013.0650.

BIANCHI, E. et al. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperatividade en Argentina y Brasil (1998-2014). **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.452-462, 2016. DOI 10.1590/S0104-12902016153981.

BORGES et al. T. L. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.28, n.4, p.344-349, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500058>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Básica – Programa 1997/98**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Medicamentos. **Resultados 2009 do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: Aracaju referência no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: < <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=14072>> Acessado em 26 de Julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 344, de maio de 1998.** Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em site:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acessado em: julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em site:<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acessado em: setembro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 5.991** de 17 de dezembro de 1973. Dispões sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 17 de dezembro de 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm. Acesso em: 05 de junho de 2017.

BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 16, nº. 3, p. 525-535, 2003.

BUSFIELD, J. Medicalização. In: SCOTT, J. (org). **Sociologia: conceitos-chave.** Rio de Janeiro: Zahar, p.119-123, 2010.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.12, n.1, p.11-21, 2002.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** v. 60, n. 1, p. 124-131, 2008.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.29, n. 5, p. 844-846, maio 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6ª edição revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 529-549, 2009.

CAPONI, S. O diagnóstico de depressão, a “petite biologie” e os modos de subjetivação. IN: BRZOZOWSKI, F. S. et al. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2ª edição. Curitiba: PRISMA. p.115-122, 2013.

CARDOSO, R. V. Prevenção quartenária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.10, n.35, p.1-10, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1117](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1117)> Acesso em 15 dezembro de 2016.

CARMO, M. M.; SILVA, P.J. C. Uma solução mágica para a dor de viver: reflexões psicanalíticas sobre o consumo de analgésicos. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, v.16, n.2, p.318-334, 2013.

CARRILHO, C. A. et al. O uso inadequado de substâncias psicotrópicas entre mulheres: um estudo a partir da singularidade feminina. **REME: Rev Min Enferm.** v.19, n.3, p.664-672, 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150051.

CARVALHO, I. L. N. et al. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.134-142, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2985-2994, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002323.

CHRISTOFARI, A. C.; FREITAS, C. R.; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v.40, n.4, p.1079-1102, 2015. Doi <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623642057>.

CIRIBELLI, C. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. **Clínica e Cultura**. v.I, n.I, p.47-67, 2012.

CLARKE, A. E.; SHIM, J. Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine. In:

PESCOSOLIDO, B. A. et al. **Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing**. Cap.10, p.173-199, 2011.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**. 18:209-232, 1992.

CONRAD, P. Medicalization: context, characteristics and changes. In: CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. The Johns Hopkins University Press: Baltimore, cap. 01, p. 03-19, 2007.

COSTA, M. G. **Polifarmácia e Educação para o uso correto de medicamentos**. 2015. 50f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares-MG.

COSTA, J. O. et al. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. **Cad. Saúde Pública**. 33(4):e00168915, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00168915

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí – SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v.27, n.3, p.259-267, 2006.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009.

DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.26, n.2, p.319-330, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200009>.

DUTRA, E. A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**. v.7, nº 2, p.371-378. 2002.

FARAONE, S. et al. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.14, n.34, p.485-497, jul/set 2010.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FERRARI, C. K. B. et al. Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v.34, n.1, p.109-116, 2013.

FERRAZZA, D. A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**. Assis – SP, v. 20, n. 47, p. 381-390, 2010.

FERRAZZA, D. A.; PERES, W. S. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. **Fractal: Revista de Psicologia**. v.28, n.1, p.17-25, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1016>.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. v.6, n.2, p.255-265, 2013.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município Coronel Fabriciano – MG – 2006**. 2008. 108f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Minas Gerais.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4º ed. Cap.05, p. 79-98, 1984.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. As diversas faces do fenômeno. In: FREITAS, F.; AMARANTE, P. Medicalização em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Cap. 01. P.17-39, 2015.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v.44, n.3, p.465-475, 2008.

GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. 38(1):e65111, p.1-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.65111>.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e impressões de Ivan Illich e Michael Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Rio de Janeiro, p. 243-256, 2011.

GIL, R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, nº 6, p. 1171-1181, 2006.

GOMES, F. M. A et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc. São Paulo**. v.24, n.1, p.244-258, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000100019.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e Vínculo: práticas de acolhimento na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GOMES, M. F. P.; MARTINS, M. M.; AMENDOEIRA, J. As famílias com doentes mentais. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.5, p.52-58, 2011.

GOMES, W. S.; FONTES, B. M. L.; FRANCO, A. J. F. Avaliação da Prescrição de Benzodiazepínicos em uma Drograria da Cidade de Sericita, Minas Gerais. **Anais VI SIMPAC**. Viçosa – MG, v.6, n.1, p.149-154, 2014.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, nº.2, p. 57-63, Mar/Abr. 1995.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n.1, p. 64-73, 1999.

GRAGERU (ARACAJU). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Grageru&oldid=48504023>. Acesso em: 2 abr. 2017.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.10, p.3255-3262, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.13572014.

GUALANO, M. R. et al. Use of self-medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. **European Journal of Public Health**. v.25, n. 3, 444–450, 2014. DOI: 10.1093/eurpub/cku207.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, 2007.

GUIDOLIN, M.; MULLER, A. R. Metodologias de Assistência no SUS: a vivência da sala de espera. **Revista de Enfermagem**. v.9, n.9, p.77-83, 2013.

GUIMARÃES, M. S. A. et al. Estratégia Saúde da Família e o uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO). **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.183-203, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00037>.

HEDENRUD, T. M.; STAFFAN, A. S.; WALLERSTEDT, S. M. Psychiatry is not a science like others” - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. **BMC Family Practice**. 14:115, p.1-7, 2013. DOI: 10.1186/1471-2296-14-115. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/115>.

HENRIQUES, R. P. **A Psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2015.

IGNÁCIO, V. T. G; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v.19, n. 3, p.88-95, 2007.

ILLICH, I. (1974). Medical Nemesis. **J Epidemiol Community Health**. México, v.57, p. 919-922, 2003. Reimpressão.

JAMES, B.O. Attitudes towards and rationale for antipsychotic polypharmacy among psychiatrists in Nigeria: Characteristics associated with high reported antipsychotic polypharmacy. **Psychiatry Research**. v.248, p.134–139, 2017.

KUSANO, L. T. E. **Prevalência da polifarmácia em idosos com demência**. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de Brasília, Brasília.

LEONARDO, N. S. T.; SUZUKI, M. A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal: Revista de Psicologia**. v.28, n.1, p.46-54, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1161>.

LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: Part I. Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. **American Family Physician**. p. 1-11, 2000.

LUZIA (ARACAJU). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Luzia_\(Aracaju\)&oldid=48440794](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Luzia_(Aracaju)&oldid=48440794). Acesso em: 2 abr. 2017.

MARDER, S. Subjective Experiences on Antipsychotic Medications: Synthesis and Conclusions. **Acta psychiatrica Scandinavica**. v.111 (suppl. 427), p.43-46, 2005.

MARGARIDO, F. B. A banalização do uso de ansiolíticos e antidepressivos. **Encontro: Revista de Psicologia**. v.15, n.22, p.131-146, 2012.

MARK, T. L. For What Diagnoses Are Psychotropic Medications Being Prescribed?: a nationally representative survey of physicians. **CNS Drugs**. v.24, n.4, p.319-326, 2010.

MARTINS, E. L. M. et al. Dispensações de psicotrópicos anorexígenos no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.12, p.3331-3342, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200018>.

MASTROIANNI, P.C. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 29, nº 5, p.358-364, 2011.

MBONGUE, N. T. B. et al. “Medicamentation” of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v.61, p. 309-313, 2005. DOI 10.1007/s00228-005-0925-6.

MENDES, L. Gentrificação e políticas de reabilitação urbana em Portugal: uma análise crítica à luz da tese *rent gap* de Neil Smith. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 16, n. 32, p.487-511, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2014-3209>.

MINAKAWA, M. M. **Bases teóricas do processo de medicalização: um olhar sobre as forças motrizes**. 2015. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2015.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v.43, n.2, p.358-364, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015>.

MORAES, R. B. “...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora. 2012. 401f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo). Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo.

MURGUÍA, A.; ORDORIK, T.; LENDO, L. F. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.635-651, 2016. Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface comunicação, saúde e educação**. v.7, n.12, p.185-190, 2003.

NORDON, D. G. et al. Característica do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v.31, n.3, p.152-158, 2009.

OLIVEIRA, J. D. L.; LOPES, L. A. M.; CASTRO, G. P. Uso Indiscriminado dos Benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para o uso consciente. **Revista Transformar**. Itaperuna, n.7, p.214-226, 2015.

OLIVEIRA, L. M. **Avaliação Espaço-Temporal da Leishmaniose Visceral Canina em Aracaju/SE**. 2012, 60f. Dissertação (Mestrado Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes. Aracaju, Sergipe.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 417p, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**. v.42, nº.6, p. 1090-1096, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, nº 01, p. 43-50, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, nº. 10, p. 2889-2898, 2013a.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, nº. 10, p. 2847-2857, 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP. p.1-9, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 09 de Fevereiro de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del uso de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Ginebra, p.1-6, septiembre, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health Atlas**. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, p. 1-4, 2011.

PAIVA, L. M. et al. Recortes Históricos da Medicalização e a Implementação do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade em Jataí. **Itinerarius Reflectionis**. v.12, n.2, p.01-19, 2016.

PAIXÃO, N. R. D.; CASTRO, A. R. M. Grupo Sala de Espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Boletim da Saúde**. Porto alegre. v.20, n.2, p.71-78, 2006.

PASSAMANI, J. D.; SILVA, M. Z.; ARAÚJO, M. D. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. **UFES Revista de Odontologia**. v.10, n.2, p.37-45, 2008.

PAULA, P. P. Saúde Mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. **Psicologia em Revista. Belo Horizonte**. v.18, n.3, p. 531-534, 2012.

PELEGRINI, M. R. F. O Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 21, nº 3, p.38-43, 2003.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.815-822, 2000.

PEREIRA LOBO (ARACAJU). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Pereira_Lobo_\(Aracaju\)&oldid=49051036](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Pereira_Lobo_(Aracaju)&oldid=49051036)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

PEREIRA, M.; GOMES, J. C. Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: estudo de caso múltiplo. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.8, p.38-44, 2012.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 76p, 2009.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.14, n.32, p.103-113, 2010.

PRATA, N. I. S. et al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. v.15, n.1, p.33-53, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>.

PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS (U.S); KASS, L. **Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness**. Washington, 2003. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/559341>>.

PULIDO, R.; MONARI, M.; ROSSI, N. Institutional therapeutic alliance and its relationship with outcomes in a psychiatric day hospital program. **Arch. Psychiatr. Nurs.** v.22, n.5, p.277-87, 2008.

QUINTANA, M. I. et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PLoS ONE**. 8(5): e62270, p.1-7, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0062270 .

RAWLINS, M. D. Making tomorrow’s doctors better prescribes. **Br J Clin Pharmacol**. v.55, n.6, p.495, 2003. Doi: 10.1046/j.1365-2125.2003.01889.x.

RODRIGUES, A. D. et al. Sala de Espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivência**. v.5, n.7, p.101-106, 2009.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, nº1, p.107-114, 2006.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.8, n.01, p.13-22, jan/jun 2003.

ROLLNICK, S.; KINNERSLEY, P.; STOTT, N. Methods of helping patients with behaviour change. **BMJ**. v.307, p.188-190, 1993.

ROLLNICK, S.; HEATHER, N.; BELL, A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. **Journal of Mental Health**. v.1, p.25-37, 1992.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.13, n.1, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>.

ROSA, B.P.G.D.; WINOGRAD, M. Palavras e Pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**. v.23, n.spe, p.37-44, 2011.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

SALGADO FILHO (BAIRRO DE ARACAJU). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Salgado_Filho_\(bairro_de_Aracaju\)&oldid=48568188](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Salgado_Filho_(bairro_de_Aracaju)&oldid=48568188). Acesso em: 2 abr. 2017.

SANTANA, A. S. **As febres do Aracaju: dos miasmas aos micróbios. 1997**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, 1997.

SANTOS, J. Consumo excessivo de medicamentos, um problema de saúde pública. **RET – SUS**. p. 6-9, agosto/setembro, 2012.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu.** v.19, n.55, p.1027-1038. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>.

SCHERER, M. D. A. et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção Primária à saúde no Brasil. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 89-104, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>.

SERGIPE. **Lei 41/1953.** Dá Nova denominação a Bairro desta Capital. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/se/a/aracaju/lei-ordinaria/1953/5/41/lei-ordinaria-n-41-1953-da-nova-denominacao-a-bairro-desta-capital?q=41%2F1953>> Acesso em 22 de fevereiro de 2017.

SEVERO, A. K. S; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009.

SILVA, G. G. S. et al. Um momento dedicado à Espera e à Promoção da Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão.** v.33, n.4, p. 1000-1013, 2013.

SILVA, K. D.; RODRIGUES, R. Avaliação da Prescrição de Benzodiazepínicos em uma farmácia Magistral da Cidade de Paranavaí (PR). **Revista Saúde e Pesquisa.** v.7, n.3, p. 423-434, 2014.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro. v.40, 109, p.45-58, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610904>.

SOALHEIRO, N.I.; MOTA, F.S. Medicalização da vida: doença, transtorno e saúde mental. **Revista Polis e Psique.** v.4, n.2, p.65-85, 2014.

SOBRAL, A. L. O. **Cirurgia Bariátrica: Fragmentos da Análise de uma espera.** 2013. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2015.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre. v.31, n.4, p.701-707, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400013>.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 61, n.2, p. 153-158, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.2, p.173-179, 2005. www.eerp.usp.br/rlae.

SUÍSSA (ARACAJU). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Su%C3%ADssa_\(Aracaju\)&oldid=48486963](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Su%C3%ADssa_(Aracaju)&oldid=48486963)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. O usuário de CAPS quem é esse sujeito? **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande – MS, v. 1, n. 1, p. 40-49, 2009.

TAVEIRA, V. L. B. **Cuidados Paliativos: Percepções e Práticas dos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Paliativa do Fundão**. 2011. 163f. Dissertação (Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

TEIXEIRA, C. R. O “estado da arte”: a concepção de avaliação educacional veiculada na produção acadêmica do programa de pós-graduação em educação: currículo (1975-2000).

Cadernos de Pós-Graduação: educação, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 59-66, 2006. TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. Espera: Território de Práticas e Representações em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.2, p.320-325, 2006.

TESSER, Charles D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.10, n. 19, p.61-76, 2006.

TESSER, C. D. Medicalização Social e Atenção Social no SUS. In: TESSER, C. D. (org). **A medicalização social na atenção básica**. São Paulo: HUTECH, p.11-33, 2010.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. Campinas – SP, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C. D. (org). **A medicalização social na atenção básica**. São Paulo: HUTECH, 2010.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In: TESSER, C. D. (org). **A medicalização social na atenção básica**. São Paulo: HUTECH, p.131-150, 2010.

TESSER, C. D.; PEZZATO, L. M.; SILVA, E. N. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.4, p.1349-1361, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015136108.

UHR, D. A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. **LIPIS: revista eletrônica**. v.11, n.3, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3730/2612>>. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SOCERJ**. Rio de Janeiro. v.20, n.5, p. 383-386, 2007.

VERAS, F. A. S. **A loucura entre nós: a teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental**. 2009. 276f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicol. Argum.** Curitiba, v.24, n.45, p.45-57, 2006.

VIOLA, R. et al. Reasons for polypharmacy among psychiatric patients. **Pharm World Sci.** 26: 143–147, 2004.

WANNMACHER, L. A ética do medicamento: múltiplos cenários. **Uso racional de medicamentos: temas relacionados**. Brasília, v.4, n.8, p.1-6, 2007.

YONEYAMA, B.C.; MARUITI, A. M. P.; ESTEVES, R. Z. Um olhar sobre os usuários de medicamentos psicoativos acompanhados na Atenção Primária em Saúde em Maringá – Paraná. **ESPAÇO PARA A SAÚDE: Revista de Saúde Pública do Paraná. Londrina**. v.17, n.1, p.114-120, 2016. DOI: 10.22421/1517-7130.2016v17n1p114.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.1075-1086, 2012.

ZANELLA, M. et al. Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº 15, p.53-62, 2016. Disponível em: <Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0132>>. Acesso em 07 de dezembro de 2016.

ZOBOLI, E. L. C. P. Desafios Éticos para a consolidação do SUS. IN: BRZOWSKI, F. S. et al. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º edição. Curitiba: PRISMA. p.363-369, 2013.

ZOLA, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. **The Sociological Review**. v.20, nº4, p. 487-504, 1972.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.6, p.1859-1868, 2014.

ANEXO

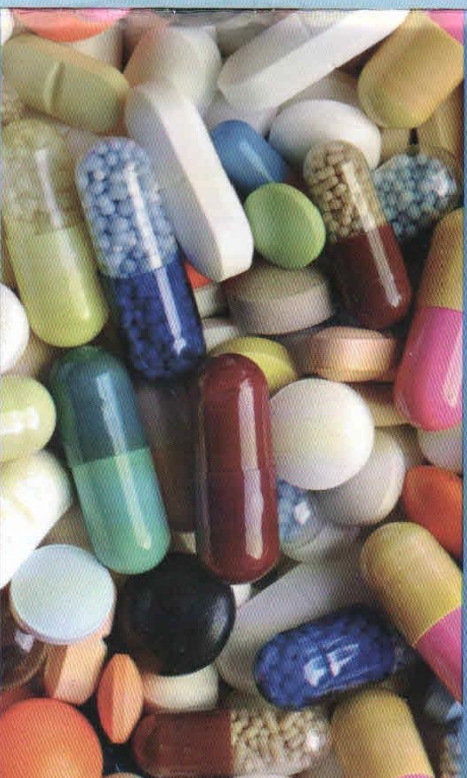
Realização:

Coordenação de Assistência Farmacêutica (CODAF)
Supervisão Farmacêutica

Apoio:

Coordenação Clínica
Coordenação de Enfermagem
Coordenação de Saúde Bucal

*Quentações sobre
prescrição de medicamentos*



O que deve constar na receita e notificação de receita?

- Nome completo do paciente;
- Medicamento (por extenso, sem uso de abreviações ou siglas);

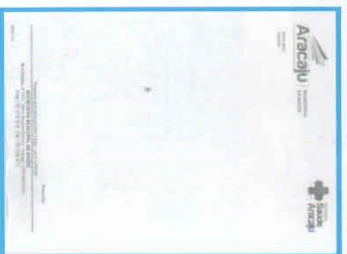
No âmbito do SUS deve adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou seja, o nome genérico, RDC 16/2007.

- Concentração;
- Forma farmacêutica;
- Posologia (via de administração, frequência e duração do tratamento);
- Data;
- Assinatura do profissional;
- Carimbo legível ou identificação manual da inscrição no conselho profissional (CRM, CRO, COREN).

Não deve conter rasuras, deve ser escrita de forma legível, segundo o artigo 11 do código de ética do conselho federal de medicina e a lei 5991/73.

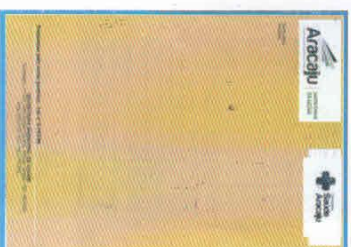
Tipos de receitas

Receituário comum de cor branca:



Deve ser feito em duas vias.
Para uso nas Unidades de Saúde

Receituário comum de cor laranja:



Deve ser feito em duas vias.

Exclusivo para uso nos Hospitais Fernando Franco e Nestor Piva.

Receita amarela - notificação de receita tipo A:

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO ENTREGADOR		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
<p>1º Número</p> <p>2º Número</p> <p>3º Número</p> <p>4º Número</p> <p>5º Número</p> <p>6º Número</p> <p>7º Número</p> <p>8º Número</p> <p>9º Número</p> <p>10º Número</p>		<p>Nome</p> <p>Qualificação e Assinatura</p> <p>Assinatura do Entregador</p>		<p>Nome</p> <p>Qualificação e Assinatura</p> <p>Assinatura do Paciente</p>	
<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>		<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>		<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>	
<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>		<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>		<p>Assinatura do Entregador</p> <p>Assinatura do Paciente</p>	

Validade da prescrição: 30 dias

Quantidade máxima por receita: 5 ampolas para injetáveis e quantidade correspondente a 30 dias de tratamento para outras formas farmacêuticas.

Deve ser acompanhado de receituário comum de cor branca

[illegible]

Válida somente para o emitente dentro do ESTADO

Deve ser acompanhado de receituário comum de cor branca.

- Clonazepan 2mg e 2,5mg/ml (Rivotril, Clopam)

- Midazolam 15mg (Dormonid)

[illegible]

Válida somente para o emitente dentro do ESTADO

Deve ser acompanhado de receituário comum e do Termo de Responsabilidade do Prescritor preenchido em três vias (uma via fica no prontuário do paciente).

- Sibutramina 10 mg (disponível apenas no Cemar Siqueira Campos, especi-

fico para pacientes cadastrados no programa Medida Certa)

[illegible]

Quantidade máxima por receita: 5 ampolas para injetáveis e quantidade

correspondente a 60 dias de tratamento para outras formas farmacêuticas, quantificada máxima por receptores e sintomas para o grupo de controle.

No caso de medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes a quantidade ficará limitada até 180 dias de tratamento.

A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias

constantes da lista C1. Deve ser feita em 2 vias.

Medicamentos da lista C1 disponibilizados pela SMS:

- Ácido valproico 250 mg e 50 mg/ml (Depakene, Epilenil, Valpakene);

- Amitriptilina 25 mg (Amytril, Tryptanol);

- Biperideno 2 mg e 5 mg/ml (Cinetol, Akineton, Parkinsonol);

- Carbamazepina 200 mg e 20 mg/ml (Tegretol, Tegretard);

- Carbonato de lítio 300 mg (Carbolithium, Carbolim);

- Clomipramina 25 mg (Anafranil);

- Clorpromazina 25 mg, 100 mg e 40 mg/ml (Longacil, Ampicilil);

- Fenitoína 100 mg (Hidantal, Epilin, Fentil);
- Fenobarbital 100 mg e 40 mg/ml (Gardental, Fenocris);
- Fluoxetina 20 mg e 20 mg/ml (Daforin, Prozac, Fluxene);
- Haloperidol 1 mg, 5 mg, 5 mg/ml e 2 mg/ml (Haldol, Halo);
- Decanoato de haloperidol 50 mg/ml (Haldol Decanoato, Halo Decanoato);
- Imipramina 25 mg (Imipra, Tofranil, Depramina);
- Levomepromazina 100 mg e 40 mg/ml (Neozine, Levozine);
- Pericazina 4 % (Neuleptil);
- Risperidona 3 mg e 1 mg/ml (Riss, Risperdal);
- Serttralina 50 mg (Tolrest, Zoloff, Serenata);
- Tioridazina 50 mg (Mellerl).

Receita branca – notificação de receita especial para talidomida – lista C3

Validade da prescrição: 15 dias

Válida somente para o emitente dentro do ESTADO

Quantidade máxima por receita: quantidade correspondente a 30 dias de tratamento.

Deve ser acompanhado do Termo de Esclarecimento e Termo de Responsabilidade preenchido em duas vias pelo prescritor (uma via fica no prontuário do paciente).

Medicamentos da lista C3 disponibilizados pela SMS:

- Talidomida 100 mg (disponível apenas no Cemar Siqueira Campos)

Talidomida

No canhoto do talonário de notificação de receita azul, amarela e de talidomida deve ser preenchida a data, o nome completo do paciente e o medicamento prescrito.

Ao utilizar todas as receitas do bloco devolver os canhotos a gerente da unidade de saúde para que possa ser substituído. No caso de desligamento, transferência ou férias do profissional prescritor, o talonário deve ser devolvido.

Nos casos de roubo, furto ou extravio de parte ou de todo o talonário da Notificação de Receita, fica obrigado o responsável a informar, imediatamente, à autoridade sanitária local, apresentando o respectivo boletim de ocorrência policial.

Resumo receitas de controle especial

LISTA	RECEITA	VALIDADE	TRATAMENTO	
			Nº DE AMBULAS	OUTRAS TOMAS FARMACÊUTICAS
A1-A2 (ENTOPRESENTES) A3 (PSICOTRÓPICOS)	AMARELA	NACIONAL	5	30 DIAS
B1 (PSICOTRÓPICOS)	AZUL B	DENTRO DO ESTADO	5	60 DIAS
B2 (ANOREGÊNTOS)	AZUL B2	DENTRO DO ESTADO	5	30 DIAS
C1	BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL	DENTRO DO ESTADO	5	60 DIAS
C3 (MINOSSIPRESSORES)	BRANCA PARA TALIDOMIDA	NACIONAL	-	30 DIAS

Dispensação na farmácia

Medicamentos controlados:

A farmácia somente poderá dispensar quando todos os itens da receita estiverem devidamente preenchidos. A receita deve ser apresentada em duas vias, sendo a primeira retida na farmácia e a segunda devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante da dispensação.

Para retirar o medicamento na farmácia, além da receita deve-se apresentar o cartão SUS do paciente e o RG da pessoa que está retirando o medicamento.

Demais medicamentos:

A receita deve ser apresentada em duas vias, sendo a segunda retida na farmácia e a primeira devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante da dispensação.

Para retirar o medicamento na farmácia, além da receita deve-se apresentar o cartão SUS do paciente.